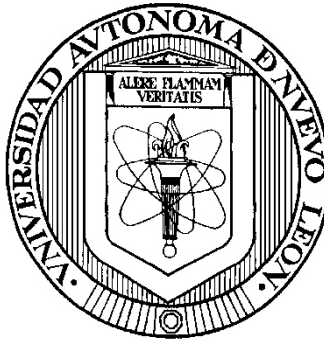


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN



ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA Y
SU RELACIÓN CON LA INTENCIÓN DE USO DE LA MASTOGRAFÍA EN
JÓVENES UNIVERSITARIAS

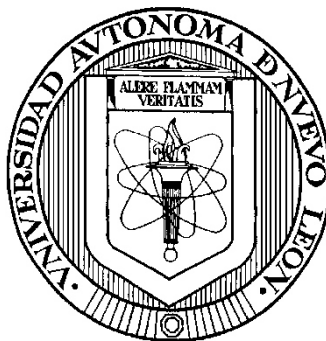
Por

L.E. KARLA CRISTINA MAGALLAN DEL ANGEL

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

Enero, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO



ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA Y
SU RELACIÓN CON LA INTENCIÓN DE USO DE LA MASTOGRAFÍA EN
JÓVENES UNIVERSITARIAS

Por

L.E. KARLA CRISTINA MAGALLAN DEL ANGEL

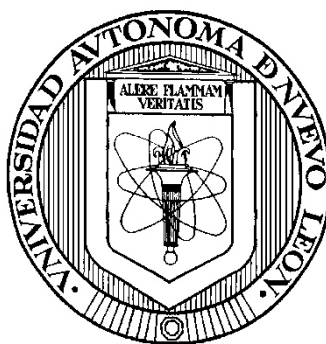
Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

Directora de Tesis

DRA.MED. GEORGINA MAYELA NÚÑEZ ROCHA

Enero, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO
PROGRAMA INTERFACULTADES



ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA Y
SU RELACIÓN CON LA INTENCIÓN DE USO DE LA MASTOGRAFÍA EN
JÓVENES UNIVERSITARIAS

Por

L.E. KARLA CRISTINA MAGALLAN DEL ANGEL

Co-directora de Tesis

DRA.SP. ANA MARÍA SALINAS MARTÍNEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

Enero, 2016

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA Y
SU RELACIÓN CON LA INTENCIÓN DE USO DE LA MASTOGRAFÍA EN
JÓVENES UNIVERSITARIAS

Aprobación de Tesis

Dra. Med. Georgina Mayela Núñez Rocha
Presidente del Comité de Evaluación

Dra. SP. Ana María Salinas Martínez
Secretario del comité de Evaluación

MSP. María Teresa Ramos Cavazos
Vocal del Comité de Evaluación

Dr. en CS. Esteban Gilberto Ramos Peña
Subdirector de Investigación, Innovación y Posgrado



COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TESIS

El Comité de Evaluación de Tesis APROBÓ la tesis titulada: **“ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA Y SU RELACIÓN CON LA INTENCIÓN DE USO DE LA MASTOGRAFÍA EN JÓVENES UNIVERSITARIAS”** presentada por **Karla Cristina Magallan del Angel**, con la finalidad de obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Monterrey, Nuevo León a _____ del 2016

Dra. SP. Ana María Salinas Martínez

Presidente

Dra. Med. Georgina Mayela Núñez Rocha

Secretario

MSP. María Teresa Ramos Cavazos
Vocal



DR. en C.S. ESTEBAN GILBERTO RAMOS PEÑA
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN DE LA U.A.N.L.
P R S E N T E:

Nos permitimos comunicar a usted que hemos concluido la Dirección y Codirección de la tesis titulada: **“ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA Y SU RELACIÓN CON LA INTENCIÓN DE USO DE LA MASTOGRAFÍA EN JÓVENES UNIVERSITARIAS”** presentada por **Karla Cristina Magallan del Angel**. Con la finalidad de obtener su grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Sin otro asunto en particular, les envió un cordial saludo.

Atentamente
“Alere Flammam Veritatis”

Monterrey, Nuevo León a _____ de 2016

Dra. Med. Georgina M. Núñez Rocha
Director de Tesis

Dra. SP. Ana María Salinas Martínez
Co-Director de Tesis

AGRADECIMIENTOS

Principalmente agradezco a Dios por permitirme llegar hasta donde estoy, por las oportunidades, experiencias y las personas que he encontrado en este camino.

A la Facultad de Salud Pública y Nutrición, así como a los docentes de la maestría por ser parte fundamental durante esta etapa de formación.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el gran apoyo.

A las personas que hicieron posible esta investigación, ya sea como participantes, o aportando algo a ella, a los directivos y maestros de las distintas facultades de la UANL por permitirme llevar a cabo el trabajo de campo.

A mi familia por una vez más, otorgarme la confianza y el apoyo incondicional en esta etapa. A mis padres por siempre estar ahí cuando los necesito y motivarme a seguir adelante, por ser el pilar más importante en mi vida. A Fernanda, por su colaboración, complicidad y cariño.

A mis compañeros de maestría por las enseñanzas, y momentos juntos, a aquellos amigos de siempre y a los que encontré durante esta etapa, gracias por su amistad, consejos, apoyo, y compañía.

Y especialmente a la Dra. Georgina M. Núñez Rocha por su paciencia, tiempo y dedicación, por su calidad como ser humano, por sus aportaciones en esta investigación y guiarme durante este proceso, gracias por su ejemplo y enseñanzas profesionales y personales que me han ayudado en mi formación.

DEDICATORIA

Al igual que cada una de mis acciones, dedico este trabajo a Dios, por ser mi motivo y fuerza espiritual cada día.

A todas las personas que estuvieron conmigo durante una etapa más de mi vida, y me demostraron su cariño y apoyo, a aquellos que sin importar la distancia siempre están conmigo.

A mis padres, porque este logro les pertenece también.

A Fernanda, mi cómplice y gran compañera de vida, a mis abuelos Jorge y Margarita, por los consejos y muestras de cariño, y en memoria de Alfonso y Antonia que siguen conmigo aunque no físicamente.

A mi directora de tesis por su comprensión y todo el apoyo otorgado.

Por los momentos vividos y los que quedan por vivir, mi cariño y profundo agradecimiento a todos.

Tabla de Contenido

Pág.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES

1.1 Introducción	1
1.1.1 Cáncer.....	3
1.1.2 Cáncer de mama	4
1.2 Especificaciones nacionales e internacionales del uso de mastografía y prevención del cáncer de mama	5
1.3 Percepción de riesgo	6
1.4 Modelo de creencias en salud	9
1.5 Estudios relacionados.....	15
1.6 Planteamiento del problema	21
1.7 Justificación	21

CAPÍTULO 2. HIPÓTESIS..... 22

CAPÍTULO 3. OBJETIVOS..... 23

3.1 Objetivo general.....	23
3.2 Objetivos específicos	23

CAPÍTULO 4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño de estudio	24
4.2 Población de estudio.....	24
4.3 Criterios de selección.....	24
4.3.1 Criterios de inclusión	24
4.3.2 Criterios de exclusión	24
4.3.3 Criterios de eliminación	24
4.4 Cálculo del tamaño de la muestra	25
4.5 Variables.....	25
4.5.1 Mapa conceptual de variables	26
4.6 Procedimientos	26
4.6.1 Flujograma de procedimientos.....	27
4.7 Instrumento de medición	27
4.8 Plan de análisis	31
4.9 Consideraciones éticas.....	32

CAPÍTULO 5. RESULTADOS	33
CAPITULO 6. DISCUSIÓN	48
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
CAPÍTULO 8. REFERENCIAS	60
ANEXOS	
Anexo A. Tabla de variables	71
Anexo B. Instrumento de recolección de datos.	76
Anexo C. Carta de consentimiento informado.....	81
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	79

Lista de tablas

Tabla 1. Estado civil de las jóvenes universitarias de la UANL	33
Tabla 2. Percepción del estado de salud por áreas del conocimiento de las jóvenes universitarias de la UANL	35
Tabla 3. Frecuencia con la que acuden las jóvenes universitarias de la UANL a revisión por personal de salud	35
Tabla 4. Jóvenes universitarias de la UANL que realizan la autoexploración mamaria por áreas del conocimiento.....	36
Tabla 5. Nivel de riesgo percibido en comparación con personas que tienen antecedentes familiares de cáncer de mama por jóvenes universitarias de la UANL	37
Tabla 6. Nivel de riesgo comparado con personas de la misma edad en jóvenes universitarias de la UANL	38
Tabla 7. Severidad percibida en relación a cáncer de mama en jóvenes universitarias de la UANL.....	39
Tabla 8. Autoeficacia para la intención de realizarse una mastografía en el futuro por jóvenes universitarias de la UANL.....	40
Tabla 9. Beneficios percibidos en relación a la mastografía por jóvenes universitarias de la UANL.....	42
Tabla 10. Barreras percibidas en relación a la intención de uso de mastografía en el futuro por jóvenes universitarias de la UANL.....	44
Tabla 11. Relación de los diversos índices con la intención de uso de mastografía en jóvenes universitarias de la UANL	46
Tabla 12. Percepción de conocimiento sobre cáncer de mama y Mastografía de las jóvenes universitarias de la UANL.....	47
Tabla 13. Importancia de los factores de riesgo para cáncer de mama en jóvenes universitarias de la UANL	47
Tabla 14. Antecedentes familiares de cáncer de mama en jóvenes universitarias de la UANL.....	49

Lista de figuras

Figura 1. Aplicación del Modelo de Creencias en Salud en el CaMa y el uso de mastografía...	13
Figura 2. Mapa de variables	26
Figura 3. Flujograma de procedimientos.....	27
Figura 4. Municipio de Residencia actual de las jóvenes universitarias de la UANL.....	34
Figura 5. Servicio médico de las jóvenes universitarias de la UANL	34

Tabla de abreviaturas.

CaMa= Cáncer de Mama

ENSANUT= Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

MCS= Modelo de Creencias en Salud

NOM-041-SSA2-2011= Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama

OMS= Organización Mundial de la Salud

UANL= Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

L.E. Karla Cristina Magallan del Angel
Universidad Autónoma de Nuevo León
Maestría en Ciencias en Salud Pública
Programa Interfacultades

Fecha de graduación: Enero del 2016

Título del Estudio: ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA Y SU RELACIÓN CON LA INTENCIÓN DE USO DE LA MASTOGRAFÍA EN JÓVENES UNIVERSITARIAS

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública

Número de páginas: 96

Introducción: El cáncer de mama (CaMa) en las mujeres se ha convertido en un grave problema de salud pública, ya que es el tipo de cáncer más frecuente en ellas y la principal causa de muerte por cáncer a nivel mundial. En el año 2008 se diagnosticaron 1.38 millones de casos nuevos (23% de todos los cánceres presentados en mujeres). (OMS, 2008). Por tanto, representa una pesada carga debido al costo emocional, social y económico que implica. La principal estrategia contra el CaMa es la detección temprana mediante el tamizaje por mastografía, la cual ha demostrado impacto positivo en la reducción de la mortalidad.

Objetivo: Analizar la percepción de riesgo para CaMa y la intención de uso de la mastografía en el futuro de las jóvenes universitarias.

Material y Método del Estudio: El diseño de estudio fue transversal comparativo. La población estuvo conformada por 1,200 jóvenes de nivel licenciatura de las diferentes facultades de la UANL, divididas en dos grupos (1.- área de la salud $n=600$ y 2.- otras áreas del conocimiento $n=600$). Para la recolección de datos se utilizó un instrumento con diferentes apartados o dimensiones de acuerdo al Modelo de Creencias en Salud como conocimiento de CaMa y mastografía; percepción de riesgo, susceptibilidad, autoeficacia, así como barreras y beneficios percibidos de la mastografía, el cual se validó de contenido. Se construyeron índices de cada una de las dimensiones, conformados por diferentes ítems. El plan de análisis consistió en estadística descriptiva, para comparación entre grupos la prueba de diferencia de proporciones y para establecer la asociación entre las variables se aplicó la prueba X^2 y análisis multivariado

Resultados: La edad promedio en ambos grupos fue de 19.5 años (DE 1.7), el 97.1% refirió ser soltera. La percepción de riesgo alta fue similar en ambos grupos de jóvenes, en el área de la salud el 30.5% y 27.8% en las jóvenes de otras áreas ($p=0.341$). Respecto a la intención de uso de mastografía, fue alta en ambos grupos, 76.9 % y 65.1% respectivamente y hubo diferencias significativas ($p<.00001$). Se estableció relación entre la percepción de riesgo y la intención que tienen las jóvenes de realizarse una mastografía en el futuro, $X^2 =12.8$ ($p<.0001$), este resultado se mantuvo cuando se controló por los índices de severidad, autoeficacia, barreras y beneficios mediante el análisis multivariado.

Conclusiones: La percepción de riesgo de CaMa de las jóvenes universitarias fue alta, sin diferencia significativa entre las áreas, la intención de realizarse una mastografía en el futuro fue alta, con diferencias significativa entre las dos áreas. La percepción de riesgo alta se asoció a una alta intención de realizarse la mastografía en el futuro. En cuanto a los diversos índices de las dimensiones del modelo de creencias en salud y su relación con la intención de uso de mastografía, en ambos grupos se perciben con un nivel alto y porcentajes similares, no hubo diferencias en lo referente a autoeficacia y beneficios percibidos, pero en lo concerniente a severidad y barreras percibidas se establecieron diferencias significativas entre ambas áreas.

Palabras Calve: Percepción de riesgo, intención de uso de mastografía, jóvenes universitarias, Cáncer de mama

FIRMA DE LA DIRECTORA DE TESIS_____

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES

1.1 Introducción

El cáncer de mama (CaMa) en las mujeres se ha convertido en un grave problema de salud pública, ya que es el tipo de cáncer más frecuente en ellas y la causa más frecuente de muerte por cáncer a nivel mundial, tanto en las regiones en vías de desarrollo (268 000 muertes) como en las desarrolladas. En 2008, se diagnosticaron 1.38 millones de casos nuevos (23% de todos los cánceres presentados en mujeres) (Globocan 2008, Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008), aunado al costo emocional, social y económico que implica su atención, ya que a menudo se detecta en estadios avanzados (Secretaría de Salud [SSA], 2002).

El cáncer de mama representa una pesada carga de muertes prematuras, ya que 60% de las mujeres que mueren tiene entre 30 y 59 años de edad. También existe cierta evidencia de que la edad promedio de inicio de la enfermedad es menor en los países en desarrollo que en los más desarrollados (Rodríguez y Capurso, 2006; Rodríguez-Cuevas, Macías, y Labastida, 2000).

La principal estrategia contra el CaMa es la detección temprana, es decir, la identificación de la enfermedad en un punto en el que pueda ser tratada con técnicas que tengan el menor impacto físico y la mayor probabilidad de curación (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2007), en este caso, las medidas para diagnosticar en CaMa precozmente y reducir la mortalidad se basan en el tamizaje mediante la autoexploración, exploración clínica y la mastografía, siendo esta última la que ha tenido un impacto de manera positiva en la reducción de la mortalidad (Lazcano, Escudero y Uscanga, 2014).

La utilización de la mastografía, está determinada por una variedad de factores intrínsecos y extrínsecos, de ellos, los factores cognitivos constituyen el

eje central de una amplia variedad de enfoques teóricos sobre determinantes de las conductas de salud. Asimismo, parte del éxito de cualquier programa de cribado mamográfico depende, de que se consiga un alto nivel de participación de las mujeres en dicho proceso (Bennett, Robert, Osborne y Baker, 1994). La comprensión de los factores que influyen en el hecho de que la mujer participe en estos programas es un objetivo primordial para la detección temprana del CaMa (Galdón, Durá, Andreu y Tuells, 2000).

Los factores sociales, culturales y económicos son fundamentales para determinar la percepción que se tiene de los riesgos para la salud. En la actualidad, los estudios dirigidos a conocer la percepción de riesgo del cáncer de mama se han desarrollado principalmente en mujeres adultas, mayores de 40 años, en las cuales se ha encontrado que no existe un concepto claro y definitivo sobre la percepción del riesgo, otras estiman que su riesgo es menor comparado con sus pares y se perciben a sí mismas como personas saludables. (Ceballos y Mora, 2012; Noreen, 2002). Sin embargo, existe evidencia que las mujeres más jóvenes (es decir, aquellas por debajo de la edad recomendada para el uso de mastografía) tienen los niveles más altos de percepción de riesgo de cáncer de mama, a pesar de estar en el riesgo real más bajo (Alexander, Ross, Sumner, Nease y Littenberg, 1996; Yavan, Akyuz, Tosun y IyigUn, 2010).

En general, se considera que las mujeres que tienen más conocimiento sobre los factores de riesgo de cáncer de mama y la mamografía son más propensas a someterse a las pruebas de detección (Pearlman, Clark, Rakowski, y Ehrich, 1999; Rimer, 2002). Pero en la práctica, no todas las mujeres tienen hoy en día acceso a estos servicios, dado que todavía existen disparidades sociales y económicas, barreras importantes tanto del lado de la población femenina (retardo en acudir a revisión), como del sector salud y proveedores de servicios de salud; como la demora debido a deficiente infraestructura y la falta recursos dentro de estas áreas, misma que expone a mayores riesgos o consecuencias de la enfermedad y aumenta el interés en la atención preventiva

de la población (Ortiz, Arizmendi y Cornelius, 2004). Lo que convierte la educación y la concientización en elementos de particular importancia para garantizar su aplicación. (Observatorio de la Salud, 2008; Poblano, Figueroa y López, 2004), por esto uno de los principales temas en México, igual que en otros países, es el mejoramiento y la ampliación del tamizaje para CaMa encaminado a promover la detección temprana.

En ese sentido y actuando de manera anticipada, es necesario caracterizar la percepción de riesgo de CaMa que tiene la jóvenes universitarias, ya que se considera que las mujeres jóvenes no contemplan la posibilidad de padecerlo y por tanto no perciben dicho riesgo, lo que constituye un obstáculo para considerar la intención de realizarse una mastografía en el futuro, sobre todo en el periodo de edad crítico.

1.1.1 Cáncer

Según la OMS (2008), el cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento incontrolado y la propagación de células anormales. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes; además, un porcentaje importante de ellos pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana.

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; de acuerdo a reportes de la OMS, en el año 2008 causó 7.6 millones de defunciones (aproximadamente 13% del total de muertes). Entre los tipos más frecuentes de cáncer se encuentran el de pulmón, estómago, hígado, colon y mama, el cual es el más común entre las mujeres a nivel mundial (OMS, 2013), se registran 1.3 millones de nuevos casos y 458,000 muertes cada año.

Además, se sabe que una de cada ocho mujeres tiene o va a desarrollar el CaMa en el lapso de su vida. (Globocan, 2008)

1.1.2 Cáncer de mama

La incidencia de CaMa aumenta en el mundo, conociéndose varios factores de riesgo como los no modificables, entre ellos los hormonales, reproductivos y hereditarios, este último representa del 5 al 10% de los casos de CaMa; y los factores modificables como el estilo de vida (dieta, obesidad, actividad física, consumo de alcohol, tabaquismo, y uso de hormonas en la menopausia). La incidencia diferencial del CaMa en los países, puede explicarse además de los efectos de la alimentación, por el aumento de la esperanza de vida, urbanización, mayor edad al primer embarazo, el menor número de partos, y el acortamiento de la lactancia (OMS, 2012). Las bajas tasas de supervivencia en los países en desarrollo se explican principalmente por la falta de programas de detección, la falta de un diagnóstico adecuado e instalaciones de tratamiento que se traduce en una alta proporción de las mujeres que se presentan con enfermedad en estadio tardío (Isara y Ojedokun, 2011).

El CaMa representa una pesada carga de muertes prematuras, el 60% de las mujeres que mueren tiene entre 30 y 59 años de edad. También existe cierta evidencia de que la edad promedio de inicio de la enfermedad, es menor en los países en desarrollo que en los más desarrollados. (Rodríguez et al., 2000; Rodríguez-Cuevas y García, 2006). Aunque el cáncer de mama por lo general se desarrolla después la edad de 45 años, la edad de inicio está disminuyendo, y más mujeres jóvenes se ven afectadas. En las mujeres jóvenes el cáncer es generalmente más agresivo, con menor respuesta al tratamiento, y menor tasa de supervivencia, por lo que la detección temprana es aún más importante (Rosenberg y Levy-Schwartz, 2003).

En México, la situación de mortalidad es considerada como un problema prioritario de salud pública, hasta la década de 1970, México era uno de los países latinoamericanos con tasas de mortalidad por CaMa más bajas, sin

embargo desde 1979 han tenido una tendencia ascendente, poniendo a esta enfermedad como la primera entre las causas de muerte por cáncer a partir del año 2006, con importantes variaciones entre las entidades del país. Actualmente sigue ocupando el primer lugar tanto en incidencia, como en causa de muerte por neoplasia maligna en las mujeres mayores de 25 años 14 por cada 100 mil, en el 2011 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2012). Además, para las mujeres que lo padecen y sus familias, así como para los servicios de salud tiene un impacto significativo dado el costo emocional, social y económico que implica su atención, debido a que a menudo se detecta en estadios avanzados.(SSA, 2002).

1.2 Especificaciones nacionales e internacionales del uso de mastografía y prevención del CaMa

Se ha demostrado que el tamizaje regular mediante la mastografía reduce la mortalidad por CaMa en un 16% en seguimientos de 1 a 5 años, siempre y cuando se acompañe de un tratamiento adecuado (Ravesteyn, Heijnsdijk, y De Koning, 2011), el diagnóstico en estadíos tempranos tiene un pronóstico muy favorable de 82% a 96% de sobrevida también a cinco años. La OMS recomienda que en países de altos ingresos, las campañas de prevención se enfoquen a la realización de mastografía anual, y en los de bajos y medios ingresos, en el uso de la autoexploración como técnica de detección de lesiones palpables (OMS, 2012).

La Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del CaMa, indica las actividades de detección del cáncer de mama, incluyen tres tipos de intervención específica que van dirigidos a la población femenina de acuerdo con su grupo de edad y su vulnerabilidad e incluyen: 1) Autoexploración, 2) Examen clínico y 3) Mastografía. La NOM-041-SSA2-2011 refiere que, la autoexploración se debe recomendar mensualmente a partir de los 20 años;

tiene como objetivo sensibilizar a la mujer sobre el cáncer de mama, tener un mayor conocimiento de su propio cuerpo e identificar cambios anormales para la demanda de atención médica apropiada. El examen clínico de las mamas debe ser realizado por médico o enfermera capacitados, en forma anual, a partir de los 25 años. La mastografía se debe realizar cada dos años, a las mujeres de 40 a 69 años, en mujeres de 70 años y más se realizará como parte del seguimiento o indicación médica. En personas con antecedentes hereditarios de CaMa se realizará el estudio de imagen anual (mastografía, ultrasonido o resonancia magnética) según la edad y disponibilidad de recurso, empezando entre cinco y diez años antes del diagnóstico más precoz de cáncer de mama en la familia, pero no por debajo de los 25 años de edad.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), se estableció que únicamente el 36.3% de las mujeres de 20 años o más, acudió a exploración clínica de senos. En el caso de detección de CaMa mediante mastografía, solo el 15% de las mujeres de 40 a 49 años y 26 % de las de 50 a 69 años acudió a que se la realizaran en los 12 meses previos al levantamiento de la encuesta.

El CaMa afecta tanto a mujeres jóvenes como a mujeres de mayor edad y una gran proporción de este padecimiento en los países en desarrollo, en muchos hasta 50%, ocurre en mujeres menores de 54 años (Draucker, Martsolf, Ross y Rusk, 2007; Patton, 2001). Consciente de ello, el CaMa debe ser considerado en la atención de los servicios de salud ofrecidos en el marco de la salud sexual y reproductiva de la mujer (Nahcivan y Secginli, 2007).

1.3 Percepción de riesgo

La percepción es un proceso cognitivo basado en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas u objetos y que procesa de forma inmediata formando un juicio o valor (Pastor, 2000). Por otro lado, el riesgo es “una expresión de la probabilidad de que

pueda suceder algún suceso no placentero” (British Medical Association Guide, 1987).

Por lo tanto la percepción de riesgo es la probabilidad subjetiva de que una consecuencia negativa le ocurra al sujeto, Van der Pligt (1998) a la vez que refleja el objeto o fenómeno, se concientiza la amenaza que él representa para el individuo (Rubinstein, 1967). Algunos de los factores que intervienen en la configuración de la percepción de riesgo son, creencias y actitudes, cantidad y calidad en la información recibida, experiencias personales, estereotipos, motivación, el género, la visión del mundo, la ideología, los lazos afectivos y la confianza (García, 2012). Todos estos factores están expuestos a los procesos de atribución individuales, haciendo que el sujeto asuma o no el riesgo, en función de las características expositivas de cada situación, mismos que pueden llevar a una acción determinada (Gifford, 1986; National Research Council Committee on Risk Characterization y Stern Fienberg, 1996).

La psicología ha desarrollado investigaciones, debido al interés de indagar en diversas conductas de riesgo, y sobre el optimismo en relación a determinados acontecimientos ignorando su riesgo. Este optimismo exagerado en relación a eventos negativos se denomina ilusión de invulnerabilidad, y el sesgo perceptivo positivo que realiza el individuo respecto a sí mismo y su entorno social se llama optimismo ilusorio (Sánchez-Vallejo, Rubio, Páez y Blanco, 1998). Esta invulnerabilidad, se considera resultado de un optimismo no realista que se combina con la distorsión que supone infravalorar el riesgo personal y sobrevalorar el ajeno. Teniendo en cuenta estas reflexiones las predicciones que se establecen a nivel teórico realmente no corresponden a nivel empírico, esto es, que la percepción de riesgo esté vinculada a la ejecución de determinadas conductas pro-salud, ya que independientemente de las conductas que finalmente se ejecuten la percepción de riesgo es valorada personalmente como baja (Van der Pligt, 1998)

El riesgo lo podemos entender desde dos planos diferentes, el real y el subjetivo y se puede valorar desde una vertiente individual o colectiva (Izquierdo, 2002). Si analizamos el riesgo desde un plano subjetivo, la valoración del riesgo de forma individual, se verá significativamente diversificada, ya que el concepto se sustenta en las creencias o percepciones de las personas, teniendo por ello una gran variabilidad (García, 2012). Desde un punto de vista psicosocial, se concede un especial interés al riesgo subjetivo ya que este tipo de valoración intuitiva tiene en cuenta tanto el nivel de conocimiento o desconocimiento del peligro como el grado de control que el individuo ejerce sobre el (Portell, Riba y Bayés, 1997).

Al estudiar las percepciones individuales, el riesgo se considera fundamentalmente desde el punto de vista de los servicios de salud personales; sin embargo, este enfoque ignora que la autonomía de los individuos para actuar en la sociedad, es limitada. Por consiguiente, la prevención de los factores de riesgo tiene que planificarse en el contexto de la sociedad local, y la prevención mediante intervenciones sólo en parte, dependerá de las circunstancias y educación individuales. (Gifford, 1986; Stern, 1996).

En la actualidad los estudios dirigidos a conocer la percepción de riesgo del CaMa, se han desarrollado principalmente en mujeres adultas, mayores de 40 años, en las cuales no existe un concepto claro y definitivo sobre la percepción del riesgo, otras estiman que su riesgo es menor comparado con otras mujeres y se perciben a sí mismas como personas saludables. (García et al, 2002). De la misma manera, existen barreras relacionadas con ideas erróneas y falta de conocimiento por parte de las mujeres, ya que muchas de ellas cuentan con muy poca información sobre la importancia de la detección y tratamiento tempranos, así como de los factores de riesgo vinculados al CaMa sobre todo en el grupo de adolescentes.

De acuerdo con las teorías de comportamiento de la salud, las conductas de la población sobre la detección, son influenciados, entre otros factores por la

percepción de riesgo o la susceptibilidad a la enfermedad. El riesgo percibido puede estar influenciada por la historia familiar de cáncer de mama, el conocimiento y experiencias cercanas de familiares o amistades con cáncer de mama (Pasick y Burke, 2008). La percepción de riesgo puede en parte explicar las diferencias en las tasas de detección de cáncer mediante el uso de mamografía (Youlden et al., 2012).

Uno de los modelos que explica las conductas preventivas de los individuos, la percepción de riesgo y factores que intervienen en el proceso, es el Modelo de Creencias en Salud (MCS).

1.4 Modelo de creencias en salud

La variable percepción de riesgo, también se encuentra incluida en el modelo de Creencias en Salud (MCS), mismo que ha sido utilizado como marco conceptual para predecir el uso de mastografía y autoexploración entre las mujeres (Sohl y Moyer, 2007), así como en la comprensión de los determinantes sociales que intervienen en ello; además de ser propuesto en el ámbito de la psicología de la salud, para explicar la ocurrencia de la conducta protectora de la salud y preventiva de diversas enfermedades (Becker, 1974; Durá, Galdón y Andreu, 1993; Janz y Becker, 1984; Kulik y Mahler, 1987; Lee, 1989; Maiman y Becker, 1974; Rosenstock, 1974).

Este modelo surgió a finales de 1950 por un grupo de psicólogos, pertenecientes al Public Health Service. Surge como modelo exploratorio para encontrar respuestas a una serie de problemas de carácter social principalmente relacionados con la educación para la salud, y evaluar por qué las personas utilizan o no los servicios preventivos de salud para la detección temprana de enfermedades (Austin, McNally y Stewart, 2000).

En su esencia, el MCS postula que los comportamientos de salud son influenciados por las creencias y percepciones que tiene un individuo acerca de

la enfermedad, lo que se refleja en llevar a cabo acciones preventivas (Yarbrough y Braden, 2001). Además trata de explicar y predecir los comportamientos preventivos que se generan en función de la amenaza percibida y de las creencias en cuanto a la relación entre los costes que supone llevar a cabo la conducta y los beneficios que de ella se derivarán (Morillejo, 2002).

Además de las dimensiones anteriores, algunos autores han señalado la necesidad de considerar ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, estímulos que han recibido el nombre de claves o detonantes para la acción, que actúan a modo de factores modificantes de la conducta, sirviendo de mediadores que facilitan o no la conducta saludable o preventiva; en el ámbito de la salud, dichas claves pueden provenir de fuentes tanto internas (síntomas físicos o percepciones corporales), como externas, entre ellos recomendaciones de los medios de comunicación, recordatorios de los servicios de salud, consejos de amigos y otros (Alonso-Morillejo, Pozo, y Martínez, 2002; Weinenber, 1981). La intensidad necesaria de detonantes para desencadenar la conducta puede variar de sujeto a sujeto, e incluso en el mismo sujeto dependiendo de sus niveles de susceptibilidad y del grado de severidad percibida (Janz y Becker, 1984; Rosenstock, 1974).

Por último, estas percepciones y creencias son mitigados por varios factores demográficos, de personalidad, estructurales y sociales como la edad, sexo y raza; que en última instancia influyen en la probabilidad de que una persona realice una acción preventiva de salud específica (Glanz, Rimer, y Viswanath, 2008).

Los conceptos centrales del modelo de creencias de salud incluyen conocimiento sobre la enfermedad, la susceptibilidad o vulnerabilidad con que el sujeto percibe la probabilidad de enfermar, la gravedad percibida de las posibles consecuencias en caso de enfermar, es decir, si el proceso de enfermedad será lo suficientemente importante como para repercutir en su vida, los beneficios y costes percibidos en función de que pueda reducir los riesgos

de salud adoptando conductas saludables y que las barreras psicológicas, físicas, sociales, etc., sean minimizadas, el comportamiento de la salud, y detonantes para la acción (Medina 2004, Valencia 2009). Adicionalmente, el concepto de autoeficacia ha sido adherido a algunas versiones del modelo de creencias en salud. La autoeficacia es útil para entender comportamientos relacionados con el cuidado de la enfermedad que requiere cambios comportamentales (Beneit, 1994).

De acuerdo a autores como Maiman y Becker (1974) los componentes básicos del MCS son: a) el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud) y b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud). Y según Rosenstock (1974), la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas serían, las dimensiones de que consta el MCS, sin embargo se han agregado a este modelo los constructos de autoeficacia y detonantes para la acción.

La susceptibilidad percibida ante un determinado problema de salud, es una dimensión importante que valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad “estadística” de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en cierto peligro de contraer una enfermedad. Así pues, esta dimensión se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo (Janz y Becker, 1984; Rosenstock, 1974).

La severidad percibida se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída y se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la

pérdida de la salud, por un lado, las médico clínicas (como muerte, incapacidad o dolor), y por otro las posibles consecuencias sociales (tales como la merma en las relaciones sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares.

Otra dimensión importante es la autoeficacia, la cual es uno de los mejores predictores de las intenciones para realizar determinadas conductas saludables (Milne y Orbell, 2000). La autoeficacia influye en como las personas piensan, sienten y se comportan, según Bandura (1997), cuanto más fuerte es la autoeficacia percibida, mayor será la confianza con la que las mujeres aboguen por su salud y mayor será la prioridad de atención oportuna.

Una persona debe percibir una necesidad de atención de salud para que la utilización de servicios se lleve a cabo (Andersen y Newman, 1973). El curso de acción específica dependería, entonces, de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad, lo que se ha considerado como la dimensión de los beneficios percibidos.

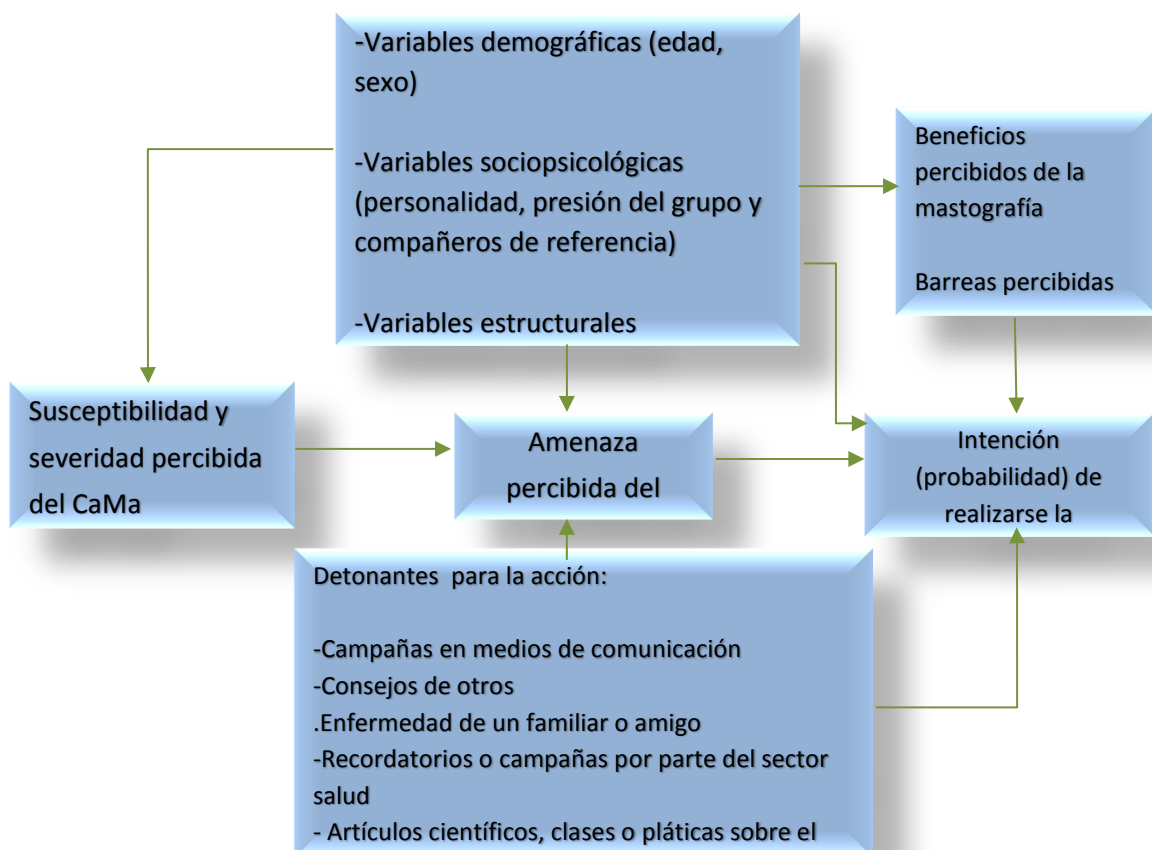
Asimismo, un individuo puede considerar un determinado curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud, pero al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o doloroso. Estos aspectos negativos de la conducta de salud funcionarían como barreras para la acción que interaccionan con las anteriores dimensiones.

Para entender el resultado final, el modelo considera varias opciones que representan diferentes valores de las dimensiones y que se reflejarán en forma de conductas distintas frente a la salud y/o la enfermedad. Por ejemplo, si la disposición a actuar es alta y los aspectos negativos son evaluados como débiles, es probable que se lleve a cabo la acción en forma de conducta preventiva o de salud. (Rosenstock, 1974).

Así pues, de acuerdo a este modelo, se puede predecir la ocurrencia de una conducta de salud (o preventiva de la enfermedad) cuando el sujeto en cuestión se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza, que valora como grave y respecto al cual considera que la acción que puede emprender será beneficiosa y no demasiado onerosa (Weinstein, 1993). En otras palabras, lo que se sugiere es que el conjunto de creencias del individuo, produce algún grado de preparación psicológica para actuar, encarando el problema de salud. Si las creencias sobrepasan cierto umbral, la acción se hace más probable, siempre y cuando las condiciones ambientales lo permitan (Kirscht, 1988).

Un resumen gráfico de la aplicación del MCS a la predicción de la conducta de salud o conducta preventiva de la enfermedad, de acuerdo a Becker y Maiman (1975) y que recogería los componentes y elementos comentados, se muestra en la figura 1.

Figura 1. Aplicación del Modelo de Creencias en Salud en el Cáncer de mama y el uso de mastografía, modificado de Becker y Maiman (1975).



Según Weinstein (1984), los individuos suelen tener conductas de riesgo o no saludables porque no consideran que están en riesgo, o al menos no lo consideran de forma precisa, creyendo, por ejemplo, que “no fumo tanto como “X” y, por tanto, no corro el riesgo que corre ese individuo de contraer cáncer”. Weinstein (1984) ha descubierto que este tipo de percepción sesgada del riesgo, es frecuente y la ha denominado un optimismo irreal-irreal porque, evidentemente, nadie puede correr un riesgo reducido.

Este autor ha observado que los individuos realizan comparaciones sociales que les ponen en la mejor posición posible (sesgo optimista/optimismo comparativo) (Weinstein y Klein, 1996; Weinstein, 2003. Encontró que se presta más atención a la conducta negativa de los iguales, cuando se realiza este tipo de juicios de valor que la conducta de salud positiva de estos mismos compañeros. De esta manera, la atención selectiva da lugar a una valoración positiva irreal sobre el riesgo personal. Weinstein (1987) Identificó cuatro factores que están relacionados con el optimismo irreal:

1. Falta de experiencia personal sobre la conducta o problema en cuestión.
2. Una creencia de que las acciones del individuo pueden prevenir el problema.
3. La creencia de que si el problema no ha surgido todavía es improbable que surja en el futuro.
4. La creencia de que el problema es infrecuente.

Hay cierta evidencia de que el optimismo irreal está relacionado con una mayor creencia de tener control sobre los acontecimientos.

En síntesis, es importante tomar en cuenta y utilizar las diversas teorías del comportamiento, ya que en ellas, se habla de diversos factores que intervienen en la conducta de los individuos en cuanto a valorar su estado de salud y llevar a cabo ciertas acciones. Desde esta perspectiva y tomando en cuenta las variables del MCS es posible analizar y evaluar la percepción de

riesgo de CaMa que tienen las mujeres universitarias y determinar la intención de uso de la mastografía en el futuro.

1.5 Estudios relacionados

Existen diversos estudios en los que se ha observado la percepción de riesgo en relación con el uso de la mastografía, como el realizado en Colombia en el año 2011, por Ceballos-García y Giraldo-Mora con el objetivo de alcanzar un enfoque integral de las barreras que existen entre las mujeres de la ciudad de Medellín, Colombia, que les impiden acudir a un diagnóstico y tratamiento oportuno para el CaMa, el cual fue transversal y estuvo basado en la perspectiva de la teoría fundada de Strauss. La muestra estuvo conformada por 13 mujeres con diagnóstico de CaMa, con edades de 24 a 77 años.

Se obtuvo como resultados que una vez diagnosticado el CaMa, las mujeres viven un proceso que pasa de una no percepción del riesgo frente al cáncer, a una conciencia de riesgo frente a la enfermedad, que finalmente lleva a desarrollar en la mujer una “nueva lógica”, en la cual el autocuidado y el cuidado de otros se vuelve un asunto central. En cuanto a las barreras para un diagnóstico y tratamiento oportuno, se detectó que para algunas de las mujeres del estudio los asuntos laborales y familiares eran prioridad sobre aquellos relacionados con su propia salud, pues, aun sabiendo sobre la enfermedad presente en sus cuerpos, no iniciaron el tratamiento con la celeridad necesaria. La información y la interpretación errada del proceso de la enfermedad hacen que las mujeres sientan temor a consultar e iniciar los tratamientos, retrasos que facilitan la propagación del tumor.

Algunas mujeres vivenciaron junto a sus familiares el tratamiento de CaMa, estas experiencias influenciaron su decisión a la hora de iniciar sus propios tratamientos. Un asunto que emergió de los datos es la percepción de riesgo frente a la enfermedad; en general las mujeres se perciben a sí mismas como personas saludables, y se puede decir que esta es una constante en la

población, pero ello puede convertirse en auto-barrera para aquellas susceptibles a desarrollar CaMa.

Uribe, Amador, Zacarías y Villarreal, llevaron a cabo un estudio en el año 2012 con el objetivo de determinar la percepción de riesgo en jóvenes universitarios. Fue un estudio transversal en 273 estudiantes de diferentes áreas de la salud (Psicología y Enfermería) para determinar si se tenía una conducta sexual de riesgo y la intención de uso de condón. Se estableció que hubo diferencia significativa entre hombres y mujeres en relación a percepción negativa sobre el uso de condón ($p=0.002$) y que en la percepción que se tiene sobre el uso del condón como conducta preventiva, intervienen las creencias y conocimientos que tenga el individuo pero que eso no implica que se lleve a cabo una conducta preventiva

Palma y Nantua en el año 2012, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de analizar la percepción de riesgo para VIH en adolescentes embarazadas. Fue un diseño transversal en 336 adolescentes en Brasil. Con una mediana de 18 años de edad. Se observó una percepción de riesgo mayor con la intención del uso de condón para evitar conductas de riesgo en las adolescentes de menor edad y en las que tenían el estado civil solteras, aunque no hubo diferencia significativa ($p=0.288$ y 0.080 respectivamente). Se concluyó que las personas construyen su propia realidad y que el proceso de percepción de riesgo es complejo, ya que tiene que ver con el bagaje que tiene el individuo, además que el hecho de tener una conducta preventiva, no depende de la información ni de su propia decisión ya que incluso pueden intervenir grandes componentes sociales como el género, la clase social etnias y otros factores.

Otro estudio realizado por Gross et al, en Estados Unidos, en el año 2006, con el objetivo de examinar la interconexión entre el riesgo de CaMa proyectado, el riesgo de cáncer percibido y el uso rutinario de mastografía, en mujeres de 45 a 75 años de edad, elegidas de una muestra de la Encuesta

Nacional de Entrevistas de Salud, 2000; Se encontró que el 63.1 % de las encuestadas informaron el uso rutinario de mastografía. Hubo una relación significativa entre el uso de la mastografía de rutina y la raza: las mujeres blancas reportaron una tasa más alta (67.7 %) que las hispanas (50.5 %) o negros (59.1 %).

El uso de la mastografía fue significativamente relacionada con los ingresos, la obesidad, el tabaquismo, la educación y otros factores relacionados con el estado y la salud de las mujeres. Las mujeres de 50 a 65 años de edad eran más propensas a reportar el uso de mastografía que las mujeres de 45 a 49 años de edad. El aumento de riesgo de cáncer percibido fue significativamente relacionado con el uso de mastografía regular (OR; 1.30, IC del 95 % 1.13 a 1.49). Dado que el riesgo de cáncer percibido fue un predictor independiente del uso de la mastografía de rutina, la percepción del riesgo varía con la raza, con el 43.6 % de las mujeres blancas que expresan un mayor riesgo percibido de cáncer, en comparación con los 34.9 % de mujeres negras, 26.6 % de las mujeres hispanas y 39.4 % de otras etnias ($p < .0001$).

Aproximadamente el 62 % de las mujeres que habían fumado informó un riesgo mayor percibido (36.3 % de los no fumadores), nivel socioeconómico, estado civil, la edad al primer parto, y el seguro no tenía un efecto estadísticamente significativo en el riesgo de cáncer percibido. Las mujeres con antecedentes familiares de CaMa fueron significativamente más propensas a tener un medio/alto riesgo percibido que aquellas sin antecedentes familiares (OR: 3.64, IC del 95 %, 2.68 a 4.95.)

Noren, en el año 2002, en Estados Unidos, realizó un estudio en el cual el objetivo era evaluar la percepción de riesgo de desarrollar CaMa en relación con investigación sobre la estimación del riesgo y el pensamiento heurístico, en una muestra de 770 mujeres, en donde se obtuvo como resultados que: Las mujeres con educación universitaria demostraron un mayor conocimiento de los

síntomas de presentación de CaMa, (\bar{X} 9.44, DE 3,44) en comparación con las que no tenían educación universitaria (\bar{X} 7.04, DE 4.31). El nivel de educación se relacionó significativamente con una disminución de optimismo ($\chi^2 = 7.28$, $p = 0.007$). Las mujeres que tenían algunos estudios universitarios o de formación de postgrado mostraron menos sesgo optimista (72 % percibe un riesgo menor que otras mujeres) que las que no tienen estudios universitarios (81% percibe un riesgo más bajo).

Las mujeres que estimaron un riesgo menor que otras mujeres ($n = 584$) comprendía 75.8 % de la muestra. Las mujeres que perciben un mayor riesgo de CaMa fueron en promedio 2.4 años más jóvenes (43.9 años) que las mujeres que perciben un menor riesgo (46 años). Casi el 80 % de las 140 mujeres que tenían 60 años y más clasificaron su riesgo de desarrollar CaMa, menor que la de otras mujeres. No hubo diferencias observadas en la percepción de riesgo por nivel de ingreso ($\chi^2 = 8.49$, $p = 0.486$), en cuanto a la raza, las estimaciones de riesgo más bajo que otras mujeres eran hecha por 79.0 % de las mujeres latinas, 74.7 % de los no latinas, las mujeres blancas y 73.3 % de las mujeres negras no latinas ($\chi^2 = 2.452$, $p = 0.293$). La mayoría de las mujeres no tenía ningún amigo o miembro de la familia con cáncer de mama ($n = 588$), 182 mujeres (23.6 %) tenían al menos un amigo o un miembro de la familia con CaMa, y 5 mujeres se negaron a responder tener un amigo o familiar de CaMa se asoció positivamente a la percepción de un mayor riesgo ($\chi^2 = 62.63$; $p < 0.001$).

En el estudio realizado por Lostao, Joiner, Pettit, Chorot y Sandín en el año 2001, en el cual mediante la participación en un programa de cribado, determinaron las creencias de salud y actitudes hacia la enfermedad como predictores de la detección del cáncer de mama, participaron 512 mujeres de entre 45 y 65 años de edad de Navarra España. Entre los resultados se observó que la gravedad (severidad) del cáncer de mama y la susceptibilidad percibida para el cáncer de mama están significativamente relacionados con la

participación en el cribado mamográfico. Es decir, que dichas percepciones predicen la participación o uso de mastografía ($p=0.25$ y 0.6 respectivamente).

Un estudio realizado en Hong Kong, por Yan en el año 2006, en el cual se pretendía explorar el conocimiento de las mujeres chinas de factores de riesgo de CaMa y sus percepciones de los beneficios y barreras, y uso de la mastografía. Se encontró que en una muestra de 246 mujeres chinas mayores de 20 años de edad, todas las encuestadas habían oído hablar del CaMa. La mayoría de las mujeres del estudio habían oído hablar de la mastografía (67.9 %). Los medios de comunicación, tales como periódicos y la televisión, era la principal fuente de información de CaMa (73.2 %), seguido por los médicos o profesionales de la salud (16.1 %). Sin embargo, las mujeres recibieron información de la mastografía principalmente de los médicos/proveedores de cuidado de la salud (50.7 %) y los familiares o amigos (24.3%).

En cuanto al conocimiento de factores de riesgo más del 70 % considera los antecedentes familiares de CaMa (70.8 %) y antecedentes de CaMa benignos (77 %) como factores de riesgo. El 68% de las mujeres (181), declaró que nunca se había hecho una mastografía, la más importantes barreras percibidas para no hacerse una mastografía fueron: no saber cómo se realiza la prueba (81.3 %) y el costo (63.0 %).

Saldívar-Garduño y Correa-Romero (2013), realizaron un estudio en mujeres de 18 a 65 años de edad, donde se pretendía examinar la relación entre la autorregulación de la conducta, la percepción de riesgo y la autoexploración como una forma de conocer los factores que determinan conductas de autocuidado de la salud. Los resultados mostraron que las mujeres perciben un nivel medio la probabilidad de padecer CaMa con una media de 5.4 (D.E.=2.6), mediante la prueba de t-student, se encontró que la autorregulación orientada a la detección de tumores como la planificación y conductas para el cuidado de la salud mamaria fueron mayores en el grupo con

percepción de riesgo alta ($p<.05$), es decir a mayor percepción de riesgo existen más conductas autorreguladas.

En el estudio realizado por Luengo y Polo (2005), en el cual se compararon los resultados de encuestas relacionadas con factores que intervienen para el uso de mastografía, realizadas en diferentes años, una en 1994 y otra en 2000, a mujeres de 40 a 70 años. Se observó que la intención de hacerse una mastografía en el futuro fue del 96% en el año 2000 y 79% en 1994 ($p<0.0001$). Además en cuanto a la percepción de un mayor riesgo de CaMa respecto a otras mujeres de su edad, fue de 10.4% en el año 2000 y 7.1% en 1994.

En los antecedentes familiares de CaMa, un 16% mencionó tener antecedentes y un 84% no. Al preguntar el parentesco el 5% contestó que su mamá, 3% hermana, 6% tía y el 2% abuela.

En el estudio de Gutiérrez, el 91% ($n=182$) conocen el procedimiento del autoexamen de mama y 71% ($n=142$) practican el autoexamen de mama; 9% ($n=18$) no conocen y 29% ($n=58$) no practican el autoexamen mamario.

Actualmente no se han encontrado estudios que describan la percepción de riesgo de cáncer de mama en las jóvenes universitarias, sin embargo, se han realizado en mujeres mayores de 25 años y se ha estudiado la percepción de riesgo en jóvenes universitarias, en relación con otros problemas de salud.

1.6 Planteamiento del problema

En México, en el año 2012 únicamente el 15% de las mujeres de 40 a 49 años y 26 % de las de 50 a 69 años acudió a realizarse la mastografía. De acuerdo a la literatura revisada en algunas mujeres no existe un concepto claro y definitivo sobre la percepción del riesgo para padecer cáncer de mama; otras estiman que su riesgo es menor comparado con otras mujeres y se perciben a sí mismas como personas saludables.

Desde esa perspectiva, existe poca información en México y en Nuevo León sobre la percepción de riesgo de las mujeres universitarias en relación al cáncer de mama y su intención de realizarse una mastografía en el futuro. Dentro de las posibles causas se encuentra que el enfoque en este tema se dirige sobre todo a otros grupos de riesgo con mayor edad, por lo que el grupo de mujeres jóvenes se deja a un lado y ellas mismas se perciben invulnerables; por tanto, se descuida este problema de salud pública tan importante para su salud futura.

Por lo que es necesario determinar la percepción de riesgo y la intención de realizarse una mastografía en el futuro, en las mujeres universitarias, con el propósito de tener información para favorecer la prevención y detección oportuna de este grave problema de salud pública.

1.7 Justificación

El propósito de esta investigación permite generar un nuevo conocimiento en cuanto a la percepción de riesgo para CaMa en las jóvenes universitarias y determinar la intención de uso de mastografía en el futuro y de esta manera poder realizar intervenciones que permitan una mayor participación de la población femenina en cuanto a la prevención del CaMa.

CAPÍTULO 2

HIPÓTESIS

Ha1-El 30% o más de las jóvenes universitarias de las dependencias del área de la salud perciben un grado de riesgo alto para cáncer de mama, en comparación con el 25% de otras facultades

Ha2 -La percepción de riesgo alta para cáncer de mama se asocia con la intención de realizarse la mastografía en el futuro en las jóvenes universitarias

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Analizar la percepción de riesgo para CaMa y la intención de uso de la mastografía en el futuro de las jóvenes universitarias.

3.2 Objetivos específicos

1. Establecer el grado la percepción de riesgo que tienen las jóvenes universitarias
2. Determinar la intención de realizarse la mastografía en el futuro en las jóvenes universitarias
3. Comparar el grado de percepción de riesgo, severidad, autoeficacia, beneficios y barreras entre las jóvenes universitarias de diferentes áreas del conocimiento
4. Relacionar el grado de percepción de riesgo con la intención de realizarse una mastografía en el futuro por área del conocimiento

CAPÍTULO 4

MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño

Transversal comparativo. Las poblaciones que se compararon estuvieron conformadas por jóvenes del área de la salud (n=600), y por las de diferentes disciplinas (n=600), de las diversas áreas del conocimiento de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).

4.2 Población de estudio

Universo de estudio: Jóvenes Universitarias de la UANL

Población: Jóvenes que se encontraban cursando el nivel de licenciatura en la UANL.

4.3 Criterios de selección

4.3.1 Criterios de inclusión

Mujeres de 25 años o menos y que acepten participar en el estudio.

4.3.2 Criterios de exclusión

Jóvenes con diagnóstico previo de CaMa

4.3.3 Criterios de eliminación

Se eliminaron del estudio a aquellas participantes que no respondieron completamente el cuestionario aplicado en menos del 85%

4.4 Cálculo del tamaño de la muestra

Se utilizó la fórmula de diferencia de proporciones para dos poblaciones. $d=.10$, $IC=95\%$, $Z=1.96$ $P_1=.30$ y $P_2=.25$. Tamaño mínimo requerido $n= 600$

$$n = \frac{z^2 \left[(P_1 Q_1) + (P_0 Q_0) \right]}{d_2}$$

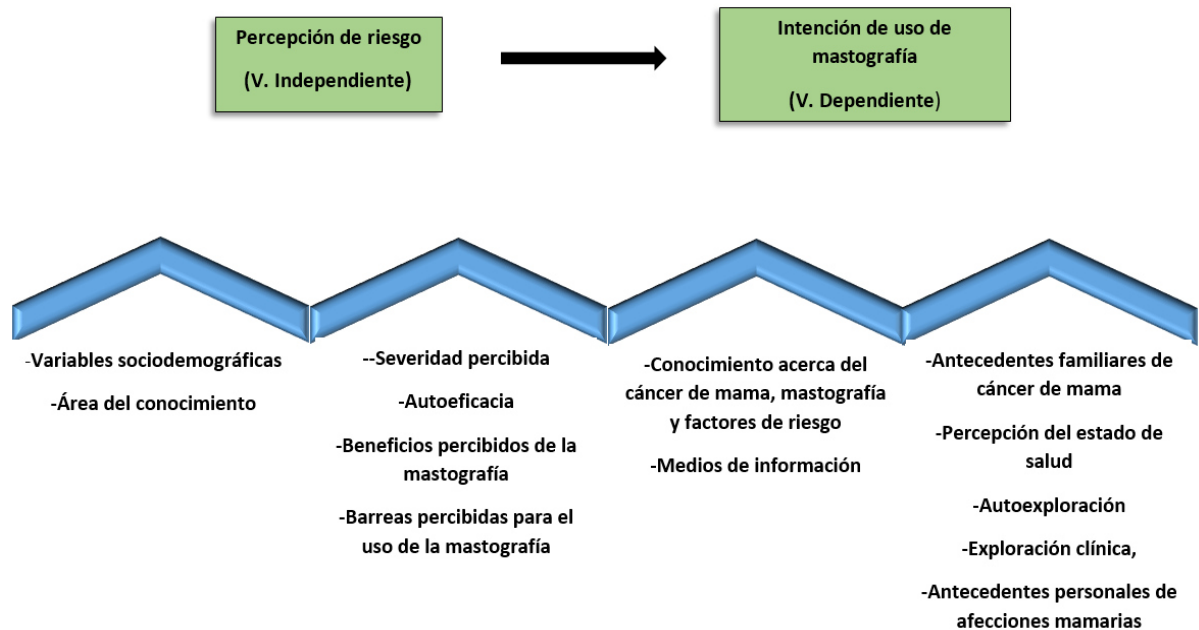
La muestra estuvo conformada por 600 jóvenes del total (5) de las facultades del área de la salud y 600 jóvenes de facultades de otras áreas del conocimiento (6). Se eligió de manera probabilística aleatoria simple una facultad de cada área del conocimiento, las cuales fueron: la facultad de arquitectura, artes escénicas y visuales, derecho y criminología, ingeniería mecánica e industrial, ciencias físico matemáticas y agricultura. Para la selección de las participantes se aplicó el muestreo no probabilístico por conveniencia de manera proporcional, entre las facultades del área de la salud: 120, y de otras áreas del conocimiento 100 jóvenes de cada facultad. (Anexo D)

4.5 Variables

En el anexo A, se encuentran las variables de estudio, así como su descripción.

4.5.1 Mapa conceptual de variables

Figura 2. Mapa de variables



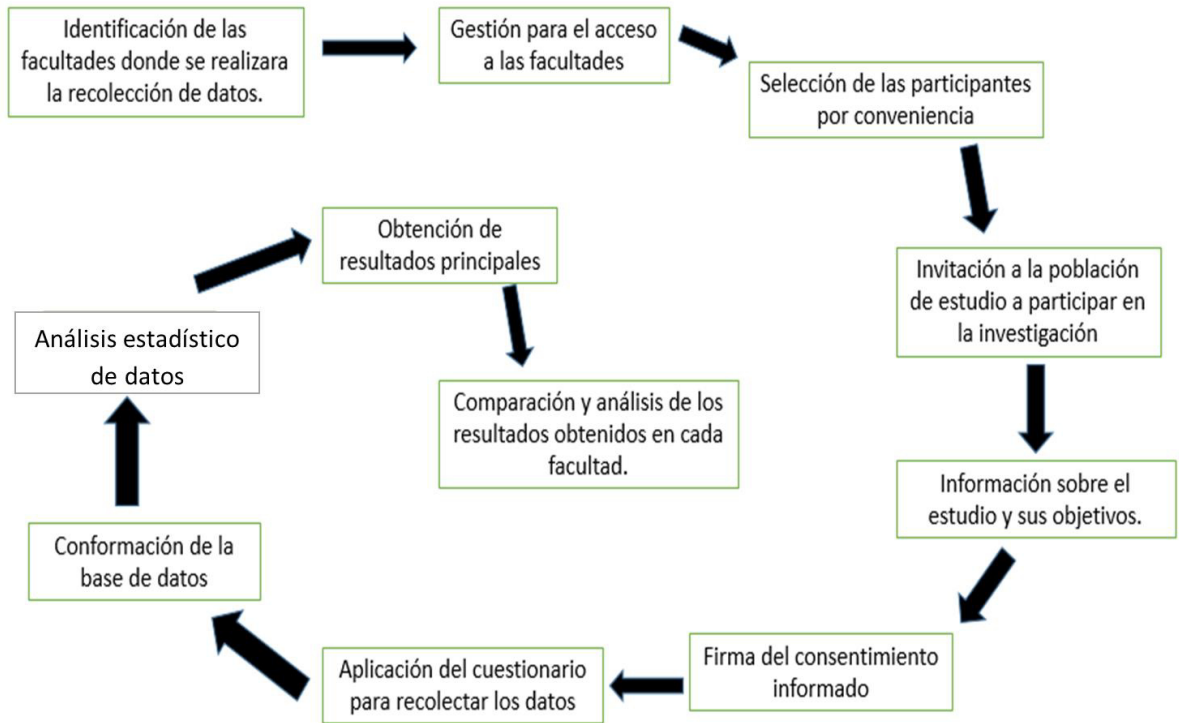
4.6 Procedimientos

Se llevó a cabo la gestión con el personal administrativo y directivo de las facultades de la UANL que fueron seleccionadas para que se permitiera el ingreso a las mismas. Teniendo la autorización, se seleccionó a las participantes.

Posteriormente se invitó a colaborar en la investigación a las participantes; en un principio se verificó que cumplieran con los criterios de selección para entonces entregar el cuestionario auto-aplicado. Se les informó en qué consistía el estudio y el objetivo del estudio, se solicitó la firma del consentimiento informado que habían leído previamente y en un aula las jóvenes respondieron el cuestionario. Se conformó la base de datos para el análisis de la información recabada y obtención de resultados principales para realizar la comparación de los mismos y de las variables de estudio obtenidas en las diferentes facultades de la UANL.

4.6.1 Flujograma de procedimientos

Figura 3. Flujograma de procedimientos



4.7 Instrumento de medición

El instrumento contenía preguntas respecto a la percepción de riesgo, beneficios y barreras percibidas de la mastografía, severidad percibida, autoeficacia, conocimiento sobre el CaMa, antecedentes familiares, así como datos sociodemográficos. Dicho instrumento de medición constó de 62 reactivos; para validar de contenido dicho instrumento, se llevó a cabo una prueba piloto en diversas facultades que no habían sido seleccionadas. (Anexo B).

Se conformaron diversos índices de acuerdo a las dimensiones del Modelo de Creencias en Salud.

Severidad: formado por 4 ítems ($\alpha=0.41$) , “¿Cuántas mujeres se salvan de morir de CaMa?”, “¿Qué tan curable crees que sea el CaMa?”, “¿Qué tan grave sería padecerlo?”, “¿Qué tan grave crees que sea el CaMa si se deja de atender?”. Cada ítem tenía 5 posibilidades de respuesta, mediante una escala ordinal que indican el nivel percibido de severidad, cada respuesta se ponderó con valores de 1 a 5 puntos, teniendo el valor más alto, es decir 5, aquella respuesta con el mayor nivel dentro de la escala. Para establecer dichos valores se realizó la inversión de códigos, se recodificaron las opciones en Alta percepción de severidad con puntajes igual o mayor a 16 y como Baja percepción de severidad, con puntajes iguales o menores a 15, aquellas variables que no fueron contestadas se les otorgó un valor de cero. A mayor puntaje mayor severidad percibida (puntaje mínimo =0, puntaje máximo =20)

Autoeficacia: se constituyó de 3 ítems ($\alpha=0.87$), “¿Qué tan segura te sientes de poder hacerte una mastografía en el futuro a pesar de no tener síntomas?”, “¿Qué tan segura te sientes de poder hacerte una mastografía en el futuro a pesar de que el estudio puede ser molesto?”, “¿Qué tan segura te sientes de poder hacerte una mastografía en el futuro a pesar de que te pueda dar pena?”. Cada ítem tenía 5 posibilidades de respuesta, mediante una escala de Likert que indican el nivel percibido de autoeficacia (Mucho=5, Más o menos=4, Poco=3, Nada=2, No sé=1), para obtener dichos valores se realizó la inversión de códigos, y para el índice se recodificaron las opciones mucho y más o menos como Nivel alto de autoeficacia con un puntaje de 12 a 15, y las opciones restantes a Nivel bajo de autoeficacia con puntajes menores o igual a 11. Aquellas opciones que no fueron contestadas se les otorgó un valor de cero. A mayor puntaje mayor autoeficacia percibida (puntaje mínimo =0, puntaje máximo = 15)

Beneficios percibidos de la mastografía: formado por 7 ítems ($\alpha=0.61$), “La mastografía detecta tumores pequeños”, “La mastografía es útil aún sin síntomas”, “La mastografía es la mejor forma de detectar el CaMa a tiempo”, “La mastografía permite curar el cáncer más fácil porque permite detectarlo a tiempo”, “La mastografía permite confirmar que todo está bien”, “Detecta tumores que no se pueden sentir en la exploración física”, para estos ítems las posibles respuestas fueron 5 (Mucho = 5, Mas o menos = 4, Poco = 3, No = 2 y No sé = 1). Para el ítem de “Hay otros métodos mejores para detectar CaMa”, las posibles respuestas fueron Mucho = 2, Mas o menos = 3, Poco = 4, No = 5 y No sé = 1. Fue necesario realizar inversión o reasignación de códigos en todos los ítems. Aquellas variables que no fueron contestadas se les otorgó un valor de cero. Se recodificaron las opciones para el índice: Alta percepción de beneficios de la mastografía (≥ 23 puntos) y Baja percepción de beneficios de la mastografía (≤ 22 puntos). Los puntajes para este índice fueron, Máximo = 35 y mínimo = 0.

Barreras percibidas de la mastografía: formado por 6 ítems ($\alpha=0.63$), “Me daría miedo hacerme la mastografía”, “Hacerme la mastografía sería demasiado doloroso”, “El personal que realiza la mastografía es poco delicado”. Las posibles respuestas para los ítems que conforman el índice fueron 5, mediante una escala de Likert, que indica el nivel de barreras percibidas para el uso de mastografía (Completamente en desacuerdo = 5, En desacuerdo = 4, Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 3, De acuerdo = 2, Completamente de acuerdo = 1), para estos ítems no fue necesario hacer inversión de códigos. Para los ítems “Hacerme la mastografía es una pérdida de tiempo”, “La mastografía solo es necesaria cuando hay antecedentes familiares de CaMa”, “La mastografía solo es necesaria cuando hay síntomas”, las opciones de respuesta fueron (No sé = 1, Mucho = 2, Mas o menos = 3, Poco = 4, No = 5), se realizó inversión de códigos para obtener dichos valores. Se recodificaron todas las opciones para formar el índice en Alta percepción de barreras (≤ 19 puntos) y Baja percepción de barreras (≥ 20 puntos), aquellas variables que no fueron contestadas se les

otorgó un valor de cero (Puntaje máximo =30, puntaje mínimo= 0). A menor puntaje, mayor percepción de barreras para uso de mastografía.

4.8 Plan de análisis

El análisis de los datos se obtuvo a través de estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes de las variables categóricas; promedio y desviación estándar de las variables numéricas e intervalos de confianza del 95%. Estadística inferencial: para establecer la asociación entre percepción de riesgo e intención de realizarse una mastografía en el futuro se aplicó la prueba de Chi cuadrada. Además, se realizó análisis multivariado para controlar por confusores.

4.9 Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó conforme a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1987), específicamente en los siguientes apartados: respecto al Capítulo I, Artículo 13 se respetó la dignidad, los derechos y el bienestar de la persona, la participación fue voluntaria, en un momento oportuno. El estudio se consideró con ausencia de daño ya que no se realizaron procedimientos específicos.

En relación con el Artículo 14, fracciones V, VI, VII y VIII el estudio se realizó por profesionales de la salud con conocimientos y experiencias para cuidar la integridad de los participantes, se contó con el consentimiento informado (Anexo B) por escrito donde se les proporcionó una explicación clara de la forma en que se realizaría la investigación.

Conforme al Artículo 21, fracciones 1, VI, VII y VIII, cada una de los participantes conoció el objetivo de la investigación, se aclararon las dudas generadas respecto al procedimiento como es la aplicación de los instrumentos, se informó que el estudio no implicaba daño alguno y que tenían la libertad de suspender su participación cuando ellas lo se consideraran necesario, mediante la aclaración de que no se ocasionaría perjuicio alguno en caso de decidir no participar; se garantizó la confidencialidad de la información ya que las participantes no proporcionaron su nombre.

Con relación al Capítulo V, Artículo 58, fracciones I y II a las participantes se le aclaró en qué consistiría su participación, así como se les garantizó que la información que proporcionaron era estrictamente confidencial y que los resultados no serían utilizados en su perjuicio debido a que la información se dará a conocer a la institución en forma global sin identificar la participación individual.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

La población de estudio estuvo conformada por mujeres jóvenes de nivel licenciatura de las distintas áreas del conocimiento de la Universidad Autónoma de Nuevo León, las cuales se clasificaron en dos grupos: jóvenes de las facultades del área de la salud n=600 y jóvenes de facultades de otras áreas del conocimiento n = 600

La edad promedio en ambos grupos fue de 19 años, con una Desviación Estándar (DE) 1.7. En cuanto al estado civil el mayor porcentaje refirió ser soltera (Tabla 1).

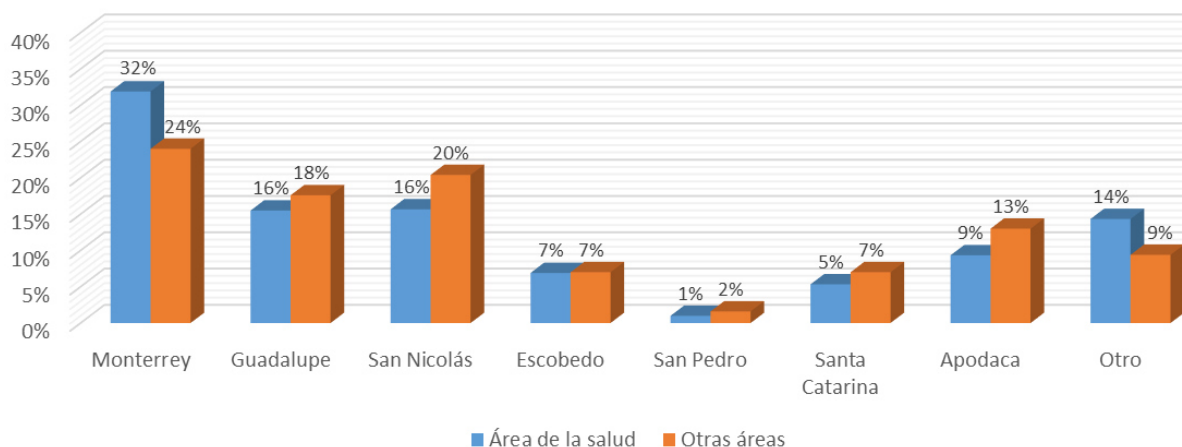
Tabla 1. Estado civil de las jóvenes de Licenciatura de la UANL

Estado Civil	Área de la salud	Otras áreas del conocimiento
	n=593	n=586
Casada o unión libre	18 (3.0%)	14 (2.4%)
Soltera	573 (96.7%)	572 (97.6%)
Separada o divorciada	2 (.3%)	—

Fuente: cuestionario CaMa

Respecto al municipio actual en el que habitaban las jóvenes, predominó Monterrey, seguido de San Nicolás y Guadalupe (Figura 4)

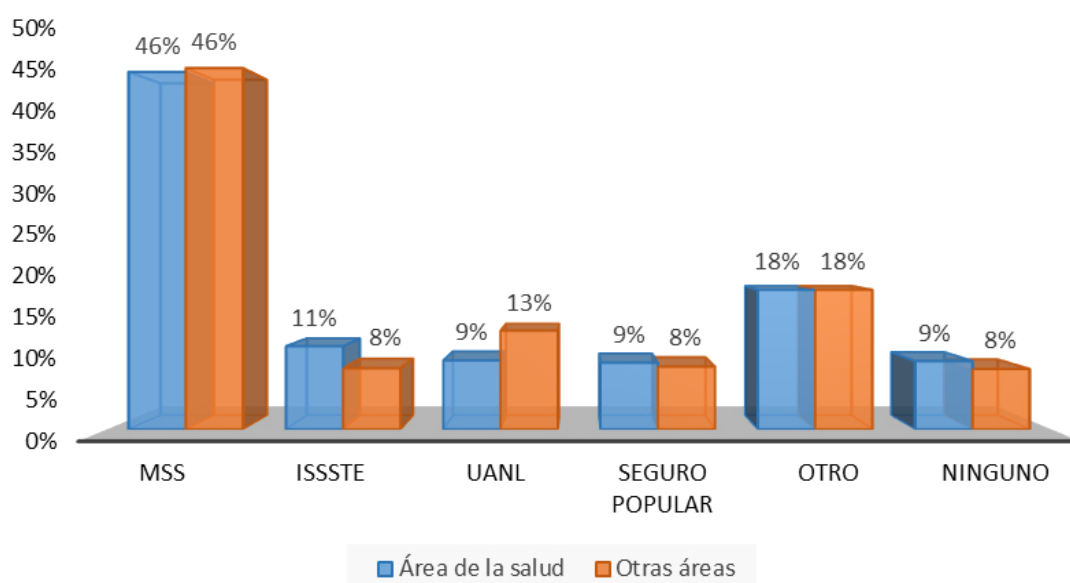
Figura 4. Municipio de Residencia actual de las jóvenes universitarias de la UANL



Fuente: Cuestionario CaMa

En la figura 5 se muestra el tipo de servicio médico al que pertenecían; más de la mitad de ellas en ambos grupos, cuentan con el servicio de las principales instituciones de seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE); sin embargo, algunas refirieron no contar con ningún tipo de servicio médico.

Figura 5. Servicio médico de las jóvenes universitarias de la UANL



Fuente: cuestionario CaMa

En la tabla 2 se presenta la percepción que tienen las jóvenes en cuanto a su estado de salud, el cual en ambos grupos la mayoría lo percibió como bueno.

Tabla 2. Percepción del estado de salud por áreas del conocimiento de las jóvenes universitarias de la UANL

Estado de Salud	Área de la salud	Otras áreas del conocimiento	p*
	n=597	n= 599	
Excelente	105 (17.6%)	124 (20.7%)	.386
Bueno	384 (64.3%)	373 (62.2%)	
Regular	100 (16.8%)	98 (16.4%)	
Malo	6 (1.0%)	4 (.7%)	
Muy malo	2 (.3%)	-----	

* Prueba de χ^2

Fuente: cuestionario CaMa

El 10% de las jóvenes de las facultades pertenecientes al área de la salud mencionó haber presentado problemas en los senos y de las jóvenes de las facultades de otras áreas del conocimiento un 6%. En ambos grupos un pequeño porcentaje se han realizado una ecografía mamaria, en el caso del área de la salud es de un 9.8% y en las facultades de otras áreas del conocimiento es de 7%.

En los dos grupos casi el 90% de las jóvenes nunca ha acudido a revisión por personal de salud (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia con la que acuden las jóvenes universitarias de la UANL a revisión por personal de salud

Frecuencia de Revisión por personal de salud	Área de la salud	Otras áreas del conocimiento	p*
	n=589	n=575	
Una vez al mes	5 (.9%)	9 (1.6%)	.315
Cada seis meses	17 (3.0%)	9 (1.6%)	
Cada año	48 (8.1%)	43 (7.4%)	
Nunca	519 (88.0%)	514 (89.4%)	

* Prueba de χ^2

Fuente: cuestionario CaMa

La autoexploración mamaria, es practicada con mayor frecuencia por las jóvenes del área de la salud (Tabla 4)

Tabla 4. Jóvenes universitarias de la UANL que realizan la autoexploración mamaria por áreas del conocimiento

Autoexploración mamaria	Área de la salud n=595	Otras áreas del conocimiento n=592	p*
Si	148 (24.9%)	95 (16.0%)	<.0001
No	191 (32.1%)	269 (45.4%)	
Ocasionalmente	256 (43.0%)	228 (38.6%)	

* Prueba de X²

Fuente: cuestionario CaMa

Percepción de riesgo.

Por otro lado, la percepción de riesgo alta y muy alta en el área de la salud fue de 31% y en las jóvenes de otras áreas 28% $p=0.341$, lo cual no era lo esperado *“El 30% o más de las jóvenes universitarias de las dependencias del área de la salud percibe un grado de riesgo alto para cáncer de mama, en comparación con el 25% de otras facultades”*

Al comparar su riesgo con una persona que tiene antecedentes familiares de CaMa, en ambos grupos de jóvenes poco más del 38% consideró que era menor aunque se observaron diferencias significativas (tabla 5)

Tabla 5. Nivel de riesgo percibido en comparación con personas que tienen antecedentes familiares de cáncer de mama por jóvenes universitarias de la UANL

Nivel	Área de la salud n=596	Otras áreas del conocimiento n=586	p*
Mayor	244 (40.9%)	203 (34.8%)	.006
Igual	124 (20.8%)	154 (26.2%)	
Menor/nulo	228 (38.3%)	229 (39.0%)	

* Prueba de X^2

Fuente: cuestionario CaMa

Al comparar el nivel de riesgo con alguien de su misma edad, más del 65%, ambos grupos lo considera como igual ($p= 0.29$) (tabla 6).

Tabla 6. Nivel de riesgo comparado con personas de la misma edad en jóvenes universitarias de la UANL

Nivel	Área de la salud	Otras áreas del conocimiento	p
	n=595	n=585	
Mayor	51(8.6%)	37(6.3%)	.029
Igual	419(70.4%)	403(68.9%)	
Menor/nulo	125(21%)	145(24.8%)	

* Prueba de χ^2

Fuente: cuestionario CaMa

Respecto a la intención de uso de mastografía, fue alta en ambos grupos ya que en el área de la salud fue de 76.9 % y en otras áreas de 65.1%, aunque hubo diferencia significativa entre grupos $p < .00001$

Respecto a las diferentes preguntas que se incluyeron en el índice de severidad, se observa diferencia entre grupos en lo relacionado a “mujeres que se salvan de morir de CaMa” ($p < .0001$; en “¿qué tan curable crees que sea el CaMa?” en las que refirieron que “nada”, “mucho” y “no se” $p < .0001$ y que es un padecimiento grave. Además para las jóvenes el “significado del CaMa” es miedo y preocupación en su mayoría (tabla 7).

Tabla 7. Severidad percibida en relación a cáncer de mama en jóvenes universitarias de la UANL

Variables	Área de la salud	Otras áreas del conocimiento	p*
Cuántas mujeres crees que se salvan de morir de CaMa	n=591	n=597	
Ninguna	15 (2.5%)	21 (3.5%)	<.0001
Algunas	194(32.7%)	180(30.2%)	
Muchas	273(46.0%)	218(36.5%)	
La mayoría	46(7.7%)	54(9.0%)	
No se	63(10.6%)	124(20.8%)	
¿Qué tan curable crees que sea el CaMa?	n= 596	n= 593	
Nada	25 (4.2%)	50(8.4%)	<.0001
Poco	42(7.0%)	35(6.0%)	
Más o menos	292(49.0%)	311(52.4%)	
Mucho	205(34.4%)	139(23.4%)	
No se	32(5.4)	58(9.8%)	
¿Qué tan grave crees que sea el CaMa cuando se deja de atender?	n=598	n=595	
Nada grave	5(.8%)	8(1.3%)	.029
Poco grave	4(.7%)	8(1.3%)	
Más o menos	15(2.5%)	13(2.2%)	
Muy grave	568(95.0%)	544(91.4%)	
No se	6(1.0%)	22(3.8%)	
¿Qué tan Grave sería padecerlo?	n=598	n=600	
Muy grave	432(72.3%)	415(69.2%)	.024
Grave	145(24.2%)	140(23.3%)	
Más o menos grave	14(2.3%)	26(4.3%)	
Poco grave	7(1.2%)	15(2.5%)	
Nada grave	-----	4(.7%)	

* Prueba de X²

Fuente: cuestionario CaMa

Las variables correspondientes al índice de autoeficacia, la primera variable es sobre el “uso de mastografía en el futuro a pesar de no tener síntomas”, en la cual, el 61.1% de las jóvenes del área de la salud si se la realizarían y de otras áreas un 50.7% ($p=.001$) En el “uso de mastografía a pesar de que pudiera ser molesto”, el 48.5% de las jóvenes del área de la salud y el 37.5% de las otras áreas están seguras de realizarlo ($p<.0001$). Asimismo, el 51.5% de las jóvenes de las facultades del área de la salud están muy seguras de “realizarse la mastografía en el futuro a pesar de que les pudiera dar pena”, en comparación con el 36.9% de las facultades de otras áreas ($p=<.0001$). Los resultados se pueden observar en la tabla (tabla 8)

Tabla 8. Autoeficacia para la intención de realizarse una mastografía en el futuro por jóvenes universitarias de la UANL.

Te realizarías una mastografía en el futuro	Área de la salud	Otras áreas del conocimiento	p*
A pesar de no tener síntomas	n=597	n=598	
Mucho	365(61.1%)	303(50.7%)	.001
Más o menos	158(26.6%)	206(34.4%)	
Poco	57(9.5%)	55(9.2%)	
Nada	11(1.8%)	12(2.0%)	
No se	6(1.0%)	22(3.7%)	
A pesar de que el estudio puede ser molesto	n=594	n=597	
Mucho	288(48.5%)	224(37.6%)	<.0001
Más o menos	233(39.2%)	257(43.0%)	
Poco	59(10.0%)	86(14.4%)	
Nada	12(2.0%)	8(1.3%)	
No se	2(.3%)	22(3.7%)	
A pesar de que te pueda dar pena	n=594	n=597	
Mucho	306(51.5%)	220(36.8%)	<.0001
Más o menos	202(34.0%)	254(42.5%)	
Poco	59(9.9%)	78(13.1%)	
Nada	23(3.9%)	19(3.2%)	
No se	4(.7%)	26(4.4%)	

* Prueba de χ^2

Fuente: cuestionario CaMa

De los beneficios percibidos de la mastografía, en las opiniones respecto a que la mastografía, “detecta tumores pequeños”, ambos grupos opinan que mucho, con un 65% ($p=0.31$). En la opinión de que “existen otros métodos mejores que la mastografía para detectar el CaMa”, el 50.8% de las jóvenes del área de la salud y el 46.3% de las jóvenes de otras áreas del conocimiento piensan que “no existe otro método mejor que la mastografía” ($p=0.075$).

Respecto a que “la mastografía es útil aun sin síntomas”, más del 70% en ambos grupos opina que mucho $p=.048$. La opinión de las jóvenes de que “es la mejor forma de detectar el CaMa a tiempo”, en ambos grupos un mayor porcentaje opinó que mucho, al igual que en la variable sobre si “la mastografía permite confirmar que todo está bien”. Más del 50 % de las jóvenes de las dos áreas están de acuerdo que “la mastografía detecta tumores que no se pueden sentir en la exploración física” (tabla 9).

De la variable “la mastografía detecta tumores que no se pueden sentir en la exploración clínica, más del 55% de las jóvenes de ambas áreas del conocimiento, opinan que mucho, y que “la mastografía permite curar más fácil el CaMa porque lo detecta a tiempo”, las jóvenes opinaron que mucho con un 64.8% en las dos áreas.

Tabla 9. Beneficios percibidos en relación a la mastografía por jóvenes universitarias de la UANL

Variables	Área de la salud	Otras áreas del conocimiento	p*
La mastografía detecta tumores pequeños	n=596	n=595	
Mucho	391(65.6%)	391(65.7%)	.317
Más o menos	152(25.5%)	139(23.4%)	
Poco	32(5.4%)	31(5.2%)	
No	9(1.5%)	8(1.3%)	
No sé	12(2.0%)	26(4.4%)	
Hay otros métodos mejores para detectar CaMa	n=577	n=583	
Mucho	17(2.9%)	15(2.6%)	.075
Más o menos	25(4.3%)	15(2.6%)	
Poco	31(5.4%)	24(4.1%)	
No	293(50.8%)	270(46.3%)	
No sé	211(36.6%)	259(44.4%)	
La mastografía es útil aún sin síntomas	n=593	n=592	
Mucho	469 (79.1%)	440(74.3%)	.048
Más o menos	77(13.0%)	97(16.4%)	
Poco	12(2.0%)	21(3.5%)	
No	23(3.9%)	13(2.2%)	
No sé	12(2.0%)	21(3.6%)	
La mastografía es la mejor forma de detectar el CaMa a tiempo	n=597	n=592	
Mucho	476(79.7%)	485(81.9%)	.189
Más o menos	86(14.4%)	65(11.0%)	
Poco	11(1.9%)	11(1.9%)	
No	14(2.3%)	13(2.2%)	
No sé	10(1.7%)	18(3.0%)	

* Prueba de X^2

Fuente: cuestionario CaMa

Continúa Tabla 9. Beneficios percibidos en relación a la mastografía por jóvenes universitarias de la UANL

Variables	Área de la salud	Otras áreas del conocimiento	p*
La mastografía permite confirmar que todo está bien	n=591	n=584	
Mucho	464(78.5%)	449(76.8%)	.46
Más o menos	94(15.9%)	92(15.8%)	
Poco	16(2.7%)	21(3.6%)	
No	9(1.5%)	8(1.4%)	
No sé	8(1.4%)	14(2.4%)	
Detecta tumores que no se pueden sentir en la exploración física	n=592	n=594	
Mucho	338(57.0%)	337(56.7%)	.33
Más o menos	101(17.1%)	86(14.5%)	
Poco	32(5.4%)	23(3.9%)	
No	53(9.0%)	63(10.6%)	
No sé	68(11.5%)	85(14.3%)	
Permite curar el cáncer de mama más fácil, pues lo detecta a tiempo	n= 598	n=595	
Mucho	389(64.8%)	389(64.8%)	.066
Más o menos	134(22.3%)	102(17.0%)	
Poco	30(5.0%)	40(6.7%)	
No	19(3.2%)	27(4.5%)	
No sé	26(4.3%)	37(6.2%)	

* Prueba de χ^2

Fuente: cuestionario CaMa

Respecto a las barreras percibidas, las jóvenes no consideran que el realizarse una mastografía en un futuro sea una pérdida de tiempo ya que el 93.3% del área de la salud y el 90.3% de otras áreas así lo manifestaron. La mayoría del área de la salud, están en desacuerdo y completamente en desacuerdo en que les “daría miedo realizarse una mastografía”, “el realizarse la mastografía sería demasiado doloroso” y que “el personal de salud que realiza las mastografías es poco delicado” $p < 0.05$ (Tabla 10)

Sobre el ítem de “la mastografía es necesaria solo cuando hay antecedentes familiares de CaMa”, en donde en las dos áreas el mayor porcentaje dijo que “no” ($p=.15$). El 77.5% de las jóvenes de las facultades del área de la salud, y el 69.1% de las jóvenes de otras áreas, “consideran que la mastografía no solo es necesaria cuando hay síntomas” ($p=.002$).

Tabla 10. Barreras percibidas en relación a la intención de uso de mastografía en el futuro por jóvenes universitarias de la UANL

Variables	Área de la salud	Otras áreas del conocimiento	p*
Consideras que es una pérdida de tiempo realizarse el estudio	n=596	n=596	
Mucho	4(.7%)	7(1.1%)	.586
Más o menos	7(1.2%)	9(1.5%)	
Poco	18(3.0%)	26(4.4%)	
No	556(93.3%)	538(90.3%)	
No se	11(1.8%)	16(2.7%)	
Me daría miedo hacerme la mastografía	n=600	n=596	
Completamente de acuerdo	32(5.3%)	45(7.5%)	<.0001
De acuerdo	69(11.5%)	103(17.3%)	
Ni de acuerdo ni desacuerdo	119(19.8%)	140(23.5%)	
En desacuerdo	185(30.9%)	194(32.5%)	
Completamente en desacuerdo	195(32.5%)	114(19.2%)	
Hacerme la mastografía sería demasiado doloroso	n=599	n=593	
Completamente de acuerdo	21(3.5%)	28(4.7%)	.031
De acuerdo	92(15.4%)	87(14.7%)	
Ni de acuerdo ni desacuerdo	173(28.9%)	190(32.0%)	
En desacuerdo	178(29.7%)	189(31.9%)	
Completamente en desacuerdo	135(22.5%)	99(16.7%)	
El personal que realiza la mastografía es poco delicado	n=600	n=593	
Completamente de acuerdo	17(2.8%)	15(2.5%)	<.0001
De acuerdo	64(10.7%)	94(15.9%)	
Ni de acuerdo ni desacuerdo	256(42.7%)	265(44.7%)	
En desacuerdo	168(28.0%)	165(27.8%)	
Completamente en desacuerdo	95(15.8%)	54(9.1%)	
La mastografía solo es necesaria cuando hay síntomas	n=577	n=586	
Mucho	31(5.4%)	54(9.2%)	.002
Más o menos	44(7.6%)	51(8.7%)	
Poco	38(6.6%)	38(6.5%)	
No	447(77.5%)	405(69.1%)	
No se	17(2.9%)	38(6.5%)	
Solo es necesaria cuando hay	n=590	n=591	

antecedentes familiares de CaMa			
Mucho	43(7.2%)	65(11.0%)	.158
Más o menos	54(9.1%)	61(10.3%)	
Poco	49(8.3%)	52(8.8%)	
No	433(73.4%)	396(67.0%)	
No se	11(2%)	17(2.9%)	

* Prueba de X^2

Fuente: cuestionario CaMa

Índices

En cuanto a los diversos índices de las detonantes o dimensiones del modelo de creencias en salud y su relación con la intención de uso de mastografía, se establecieron diferencias significativas, como se observa en la tabla 11.

Tabla 11. Relación de los diversos índices con la intención de uso de mastografía en jóvenes universitarias de la UANL

Índice	Intención alta de uso de mastografía		p
	Área de la salud	Otras áreas del conocimiento	
Severidad	n=460	n=387	
Alta	385 (83.7%)	283 (73.1%)	<.0001
Baja	75 (16.3%)	104 (26.9%)	
Autoeficacia	n=460	n=388	
Alta	450 (97.8%)	377 (97.2%)	<.0001
Baja	10 (2.2%)	11 (2.8%)	
Beneficios percibidos	n=459	n=388	
Alta	316 (68.8%)	265 (68.3%)	<.0001
Baja	143 (31.2%)	123 (31.7%)	
Barreras percibidas	n=460	n=388	
Alta	212 (46.1%)	213 (54.9%)	<.0001
Baja	248 (53.9%)	175 (45.1%)	

* Prueba de X²

Fuente: cuestionario CaMa

Respecto a los medios de comunicación de los cuales las jóvenes han recibido información referente al CaMa y la mastografía, es la televisión la que ocupa el primer lugar en ambos grupos 75.7 y 84.7% respectivamente

En cuanto al conocimiento general sobre CaMa, más del 50% de las jóvenes de ambas áreas consideran tener un conocimiento adecuado sobre el cáncer de mama; sin embargo, hubo diferencias significativas ($p<.0001$). Del conocimiento sobre la mastografía las jóvenes de otras áreas consideraron en mayor porcentaje no tenerlo, $p<.0001$.

Tabla 12. Percepción de conocimiento sobre cáncer de mama y Mastografía de las jóvenes universitarias de la UANL

	Conocimiento CaMa			Conocimiento mastografía		
	Área de la salud	Otras áreas del conocimiento	p*	Área de la salud	Otras áreas del conocimiento	p*
Si	411(68.7%)	313(52.6%)	<.0001	305(51.1%)	188(31.8%)	<.0001
No	187(31.3%)	282(47.4%)		292(48.9%)	403(68.2%)	
Total	598(99.7%)	595(100.0%)		597(100.0%)	591(100.0%)	

*Prueba de X^2

Para los dos grupos de jóvenes el factor de riesgo para CaMa que consideran muy importante, es el tener antecedentes familiares de la enfermedad.

Tabla 13. Importancia de los factores de riesgo para cáncer de mama en jóvenes universitarias de la UANL

Factores de riesgo	Área de la salud	Otras áreas del conocimiento	p*
Antecedentes familiares CaMa	n=598	n=586	
Muy importante	487(81.5%)	392(67.0%)	<.0001
Importante	85(14.21%)	136(23.2%)	
Más o menos importante	15(2.5%)	33(5.6%)	
Poco importante	9(1.5%)	16(2.7%)	
Nada importante	2(.3%)	9(1.5%)	
Tabaquismo	n=593	n=587	
Muy importante	207(35.0%)	154(26.2%)	<.0001
Importante	257(43.3%)	214(36.5%)	
Más o menos importante	101(17.0%)	160(27.3%)	

Poco importante	21(3.5%)	41(7.0%)	
Nada importante	7(1.2%)	18(3.0%)	
Uso de anticonceptivos	n=596	n=584	
Muy importante	192(32.2%)	134(22.9%)	
Importante	230(38.6%)	208(35.6%)	<.0001
Más o menos importante	136(22.8%)	168(28.8%)	
Poco importante	32(5.4%)	60(10.3%)	
Nada importante	6(1.0%)	14(2.4%)	
Obesidad	n=598	n=585	
Muy importante	171(28.6%)	117(20.0%)	
Importante	230(38.5%)	178(30.4%)	<.0001
Más o menos importante	144(24.1%)	207(35.4%)	
Poco importante	48(8.0%)	68(11.6%)	
Nada importante	5(.8%)	15(2.6%)	
Alcohol	n=597	n=580	
Muy importante	118(19.8%)	97(16.7%)	
Importante	236(39.5%)	174(30.0%)	
Más o menos importante	163(27.3%)	200(34.5%)	<.0001
Poco importante	71(11.9%)	89(15.3%)	
Nada importante	9(1.5%)	20(3.5%)	
No tener hijos	n=596	n=581	
Muy importante	128(21.5%)	59(10.1%)	
Importante	148(24.8%)	127(21.9%)	
Más o menos importante	164(27.5%)	190(32.7%)	<.0001
Poco importante	118(19.8%)	141(24.3%)	
Nada importante	38(6.4%)	64(11.0%)	
Edad de la primera menstruación	n=598	n=591	
Muy importante	157(26.2%)	74(12.5%)	
Importante	150(25.1%)	114(19.3%)	<.0001
Más o menos importante	155(25.9%)	170(28.8%)	
Poco importante	102(17.1%)	146(24.7%)	
Nada importante	34(5.7%)	87(14.7%)	

* Prueba de X^2

Fuente: cuestionario CaMa

En ambas áreas del conocimiento sólo un pequeño porcentaje de las jóvenes mencionó tener antecedentes familiares de CaMa, ya sea por parte de una hermana, madre o abuela.

Tabla 14. Antecedentes familiares de cáncer de mama en Jóvenes universitarias de la UANL

Familiar con CaMa	Área de la salud	Otras áreas del conocimiento	p*
Madre	n=593	n=564	
Si	16(2.7%)	15(2.7%)	.009
No	566(95.4%)	520(92.2%)	
No sé	11(1.9%)	29(5.1%)	
Abuela	n=595	n=563	
Si	52(8.8%)	33(5.9%)	.010
No	525(88.2%)	496(88.1%)	
No sé	18(3.0%)	34(6.0%)	
Hermana	n=596	n=561	
Si	2(.3%)	-----	.249
No	517(86.7%)	471(83.9%)	
No sé	12(2.0%)	15(2.7%)	
No tiene hermanas	65(11.0%)	75(13.4%)	
Amistad cercana	n=599	n=591	
Si	175(29.2%)	178(30.1%)	.047
No	401(67.0%)	372(63.0%)	
No sé	23(3.8%)	41(6.9%)	

* Prueba de X^2

Fuente: cuestionario CaMa

Se encontró que el tener un familiar como la abuela o una amistad cercana con CaMa, influye en la intención de realizarse una mastografía en el futuro X^2 $p<0.05$.

El 77.1% de las jóvenes del área de la salud refieren que su madre se ha realizado alguna vez la mastografía; mientras que las jóvenes de otras áreas el porcentaje es de 71.5% ($p=0.75$)

Finalmente, en lo relacionado a la percepción de riesgo de las jóvenes, y la intención que tienen en realizarse una mastografía en el futuro, se estableció relación entre ambas variables $X^2 = 12.8$ ($p < .0001$), por lo que se establece lo esperado de acuerdo a la hipótesis *“La percepción de riesgo alta para cáncer de mama se asocia con la intención de realizarse la mastografía en el futuro en las jóvenes universitarias”*. Posteriormente, este resultado se mantuvo cuando se controló por los índices de severidad, autoeficacia, barreras y beneficios mediante el análisis multivariado.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

Está demostrado en diversos estudios, y en el presente se confirma que el proceso de percepción de riesgo, y el realizar una conducta preventiva, no solo dependen de la información que tenga el individuo sobre la enfermedad, ya que incluso pueden intervenir un conjunto de variables psicológicas, sociales y situacionales que facilitan o interfieren con la práctica de las conductas de prevención.

El objetivo de estudio fue caracterizar la percepción de riesgo para CaMa que tienen las jóvenes universitarias y su relación con la intención de uso de mastografía en el futuro, así como con las diferentes dimensiones del modelo de creencias en salud.

De acuerdo a la lógica de las teorías del comportamiento como el modelo de creencias en salud, los resultados obtenidos en la investigación aportan elementos referentes a conductas relacionadas una con la otra. Díaz-Loving y Alfaro, 1999; Saldivar y Cedillo, 2006; Winfield y Whaley, 2002. Además, los predictores de las conductas de prevención incluyen a variables como los conocimientos, actitudes y creencias, que en este trabajo esas variables tuvieron relación (Piña, 2004; Urquidi y Piña, 2005).

Se han encontrado pocos estudios referentes al conocimiento y factores de riesgo del CaMa en relación con la intención de uso de mastografía en jóvenes universitarias (Karayurt, Özmen, y Çetinkaya, 2008; Núñez-Rocha et al., 2007; Páez, Urrea-Vega y Contreras-Barrios, 2010; Yan 2006) y en relación a las dimensiones del modelo de creencias en salud se han realizado estudios en relación al CaMa y pruebas de tamizaje, así como otros tipos de cáncer, y otras enfermedades.

En estudios realizados en jóvenes, como el de Uribe et al. (2006), en relación a conductas preventivas y percepción de riesgo, se ha encontrado que en jóvenes del área de la salud, que en la percepción de riesgo y el uso de una conducta preventiva, intervienen las creencias y conocimientos que tenga el individuo, pero que eso no implica que se lleve a cabo una conducta preventiva; esto mismo se pudo observar en los resultados de la presente investigación, los cuales se discuten en los siguientes párrafos.

En este estudio, las jóvenes universitarias se perciben saludables, estos resultados son similares a los descritos por Ceballos-García y Giraldo-Mora (2011), en donde las mujeres se perciben a sí mismas como personas saludables.

La percepción de riesgo es un elemento fundamental en la adquisición y mantenimiento de los comportamientos relacionados con la salud individual y grupal (García, 2012). En un estudio realizado por Saldívar-Garduño y Correa-Romero (2013), se midió la percepción de riesgo y los resultados obtenidos, mostraron que las mujeres perciben un nivel medio de probabilidad de padecer CaMa. En esta investigación en general las jóvenes percibieron un nivel de riesgo alto. Además Jones et al. (2011) observó en cuanto a la percepción de riesgo de CaMa respecto a otras mujeres de su misma edad, aproximadamente la mitad de las encuestadas (53.4% en 2003 y 49.5% en 2007) se percibe a sí mismas como "casi el mismo" riesgo de cáncer de mama, resultados obtenidos en nuestro estudio, mostraron que las jóvenes consideraron que tenían un riesgo igual respecto a otras mujeres de su misma edad.

En el estudio realizado por Luengo y Polo (2005), en el cual se compararon los resultados de encuestas realizadas en diferentes años, la intención de hacerse una mastografía en el futuro, en 1994 fue de 51%, mientras que en el año 2000, se incrementó a 81%. En la presente investigación la intención de las jóvenes de realizarse una mastografía en el futuro fue alta con porcentajes mayores a 60%.

Los resultados de Gross et al, (2006) muestran que el aumento de riesgo de cáncer percibido fue significativamente relacionado con el uso de mastografía de manera regular. Además, Palma y Nantua (2012) al estudiar la percepción de riesgo para una enfermedad de transmisión sexual en adolescentes embarazadas, observó una percepción de riesgo alta y se relacionó con la intención del uso de preservativo (conducta preventiva), similar a lo observado en este trabajo de investigación; ya que se encontró que la percepción de riesgo alta de las jóvenes universitarias se relaciona con la intención alta de realizarse una mastografía en el futuro (conducta preventiva).

La autoeficacia se ha añadido recientemente a los estudios basados en el modelo de creencias en salud, pocos estudios en la literatura han medido autoeficacia mediante el uso de una escala específica, y se ha observado que las participantes en dichos estudios realizados en grupos de jóvenes y conductas preventivas han percibido un nivel moderado de autoeficacia, mientras que en el presente estudio el nivel percibido fue alto (Ham, 2006), quizá porque son jóvenes que se encuentran en un medio universitario lo cual les da empoderamiento

La mayoría de los estudios no han puesto a prueba la severidad percibida del CaMa porque casi todas las mujeres consideran el cáncer de mama muy grave (Austin, McNally, y Stewart (2000), lo que se confirma en nuestro estudio, ya que las jóvenes de ambas áreas del conocimiento perciben un nivel de severidad alto. Tanto la autoeficacia, como la severidad se relacionan con la intención de realizarse la mastografía en el futuro.

Luengo y Polo (2005), encontraron que respecto a los beneficios de la mastografía el 85% en el año 2000 considera que la mamografía es una prueba necesaria aun sintiéndose bien frente al 78% en 1994, el 92% en 2000 piensa que el cáncer de mama tiene más posibilidades de curación con detección precoz, frente al 89% en 1994, y el 94% en 2000 no dejaría de ir a hacerse una

mamografía por miedo. Las jóvenes de este estudio percibieron estos mismos beneficios de la mastografía, además consideraron que era el mejor método para la detección del cáncer de mama.

Pérez y Pérez (2011) Encontraron que las barreras percibidas para no hacerse una mastografía fueron: no saber cómo se realiza la prueba 81.3 % y el costo 63.0 %. Mientras que las barreras percibidas por las jóvenes en esta investigación fueron el miedo y el dolor aunque con porcentajes menores de 15%.

En el mismo estudio de Pérez y Pérez (2011) referente a los antecedentes familiares de CaMa, un 16% mencionó tener antecedentes y un 84% no tenía. Al preguntar el parentesco el 5% contestó que su mamá, 3% hermana, 6% tía y el 2% abuela. Al igual que en esta investigación, un pequeño porcentaje de las jóvenes de ambas áreas del conocimiento refirió tener un familiar o amistad con CaMa.

Un estudio realizado en Hong Kong, por Yan (2006), encontró que los medios de comunicación, tales como periódicos y la televisión, era la principal fuente de información de CaMa, seguido por los médicos o profesionales de la salud. En nuestra investigación los medios de comunicación de los que las jóvenes obtienen información sobre la enfermedad fueron la T.V y en las clínicas u hospitales.

En cuanto al conocimiento de factores de riesgo en el estudio realizado; por, Páez et al. (2010), las jóvenes del área de la salud, reconocieron los estilos de vida, como el alcoholismo y tabaquismo, así como los antecedentes familiares de CaMa como factores de riesgo para el CaMa; en la presente investigación, dichos factores fueron considerados importantes en ambas áreas, sin embargo los antecedentes familiares de CaMa fueron percibidos como el principal factor de riesgo en ambos grupos de jóvenes, aunque con mayor porcentaje en el área de la salud.

Referente al conocimiento de CaMa, las jóvenes consideran tenerlo y sólo aquellas del área de la salud mencionaron tener además, conocimiento sobre la mastografía. Aunque el conocimiento, por sí solo, no es un indicador de cambio conductual, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento. No obstante que se posea un nivel adecuado de conocimiento o que se ponga de manifiesto algún tipo especial de actitud o de creencias sobre la enfermedad o la conducta preventiva, el que se practiquen o no las conductas de prevención dependerá en última instancia de si las personas poseen las propiedades disposicionales de la situación (Peralta, y Rodríguez, 2007; Robles, y Moreno, 2000), es decir “no solo saben o conocen sino que llegado el momento actúan en consecuencia”.

En el estudio de Gutiérrez, 2012 el 91% conocía el procedimiento del autoexamen de mama y 71% lo practicaban. En esta investigación menos del 30% de las jóvenes del área de la salud y menos del 20% de otras áreas practicaban la autoexploración, una tercera parte de ambas áreas no la realizaban.

Hasta el momento existen pocos estudios en población universitarias que consideran el CaMa de manera proactiva en el futuro de las jóvenes, por lo que es importante el seguimiento a este tipo de proyectos, que permiten la identificación de diversos factores del comportamiento que intervienen en la realización de conductas preventivas y saludables en las jóvenes universitarias, tanto para el CaMa como para otras enfermedades de gran importancia para la salud pública, dada la recomendación de universidad saludable.

No es suficiente que las campañas y programas se limiten a un simple traspaso de conocimiento o incidir sobre las actitudes y creencias (Brigham et al., 2002; Takakura, Wake, y Kobayashi, 2007). Se requieren más trabajos de investigación con modelos teóricos que permitan el análisis de las variables

necesarias para entender y estudiar por qué las personas han sido capaces de modificar sus comportamientos de riesgo por comportamientos de prevención.

Como consecuencia, sería deseable que los programas destinados a lograr la modificación del comportamiento tomen en cuenta, además de los aspectos cognitivos señalados (información, conocimientos), ciertos factores de índole psicosocial, que modulan las percepciones acerca del riesgo. De esta manera, sólo así conseguiremos fomentar los hábitos y conductas preventivas que nos permitan alcanzar esa cultura de prevención que a todos concierne. (Alonso-Morillejo, Pozo, y Martínez, 2002).

Dentro de las limitantes de este trabajo de investigación, se encuentran, la selección de las participantes, que se realizó mediante muestreo no probabilístico, además, el instrumento aplicado era extenso, por lo cual hubo pérdida de datos aunque escasa, además, las jóvenes que participaron en el estudio pertenecían a una institución de educación pública, por lo que los resultados solo pueden ser extrapolados a esta población. Sin embargo, dentro de las fortalezas del estudio se consideraron el total de facultades del área de la salud y la que la selección de las facultades de las otras áreas del conocimiento, fue de forma probabilística, además, el estudio permitió conocer elementos sobre las conductas preventivas de las jóvenes sobre el CaMa para un futuro.

Bajo el panorama expuesto, es importante centrar la atención en las jóvenes universitarias con el fin de promover la salud ya que existe la necesidad de aumentar el conocimiento y concientizar a la población estudiada sobre los riesgos modificables de cáncer de mama y beneficios de la detección temprana mediante el uso de mastografía, por lo que los resultados obtenidos permiten a los profesionales de la salud la planificación y desarrollo de programas de educación para la salud que ayuden a las mujeres jóvenes a adquirir hábitos de salud adecuados y conciencia sobre la enfermedad, empleando correctamente,

los medios de comunicación, que se identificaron como la principal fuente de información de salud, y que predicen el uso de la mamografía, así como las teorías del comportamiento que permite un análisis tanto de las variables psicosociales, como cognitivas.

Para esto la Universidad como institución, y el sector salud deben tener acciones promotoras de salud como lo establece la OMS, ofreciendo información y acciones, además, de facilitar el acceso y utilización de atención preventiva a los universitarios y que no solo estén informados sobre esta situación, sino sobre los problemas emergentes de salud pública que afectan a los jóvenes, y que dichas acciones permitan en el futuro el uso preventivo de los servicios, de manera tanto consistente como eficiente.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

El grado de percepción de riesgo de CaMa de las universitarias fue alto, en ambas áreas del conocimiento y no se presentaron diferencias significativas entre ellas.

Las jóvenes consideraron que su riesgo de padecer CaMa, era menor cuando se compara con una persona que tiene antecedentes familiares de CaMa, y al compararlo con personas de su misma edad el riesgo fue percibido como igual.

Se estableció relación entre la percepción de riesgo alta y la intención que tienen las jóvenes en realizarse una mastografía en el futuro independiente de severidad, autoeficacia, barreras y beneficios.

En cuanto a la intención de realizarse una mastografía en el futuro fue alta, predominando el área de la salud. Al relacionar esta variable con los índices de severidad, autoeficacia y beneficios de la mastografía, la percepción fue alta, y no se percibieron barreras para el uso de la mastografía en el futuro en ambas áreas de conocimiento

RECOMENDACIONES

Dentro de esta investigación, se desea la mejora continua de la misma, por lo que se recomienda estudios de seguimiento e intervención en las jóvenes universitarias, así como estudios de educación para la salud, tomando en consideración las variables sociopsicológicas como las del MCS. Además de la realización de campañas de comunicación social en salud preventiva del CaMa dirigidas a la población blanco, en específico jóvenes de otras áreas del conocimiento.

Es importante el diseño adecuado de intervenciones de prevención e intervención en salud con ciertos grupos poblacionales, que incluyan factores cognitivos y psicológicos que produzcan el impacto deseado, o al menos, aumenten las probabilidades de éxito. Para ello, es necesario el uso de teorías cognitivo-sociales y del comportamiento ya que permiten y facilitan el estudio, comprensión y análisis de las variables adecuadas

De esta manera se permitirá a las jóvenes obtener conocimientos sobre la enfermedad y la concientización para la participación en la prevención y detección en el futuro de tan importante problema de salud pública como lo es el CaMa

CAPÍTULO 8

REFERENCIAS

- Alexander, N.E., Ross, J., Summer, W., Nease, R.F., y Littenberg, B. (1996). The effect of an educational intervention on the perceived risk of breast cancer. *Journal of General Internal Medicine*. 11.92.
- Alonso-Morillejo, E.A., Pozo, C.P., Martínez, J.J. (2002). Percepción de riesgo: Una aproximación psicosocial al ámbito laboral. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo*, 18, 16-20
- Andersen, R., y Newman, J.F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*, 51(1), 95-124.
- Austin, L., McNally, M.J., y Stewart, D. (2000). Breast and cervical cancer screening in hispanic women: A literatura Review using the health belief model. *Women's health issues*, 12(3), 122-129
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. *New York: Freeman*.
- Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*. 2, 324-473
- Becker, M.H., y Maiman, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical recomendations. *Medical Care*, 13, 10-24
- Beneit, P.J. (1994). Conductas de Salud. *Psicología de la salud*. Buenos Aires: Lumen.

- Bennett, I.C., Robert, D.A., Osborne, J.M., y Baker, C.A. (1994). Discomfort during mammography: A survey of women attending a breast screening center. *Breast Disease*, 7, 35-41.
- Brigham, T.A., Donahoe, P., Gilbert, B.j., Thomas, N., Zemke, T., Koonce, D., Horn, P. (2002). Psychology and AIDS education: Reducing high-risk sexual behavior. *Behavior and Social Issues*, 12, 10-8
- British Medical Association Guide. (1987). Living with risk. Chichester.
- Cangiarella, J., Waisman, J., Fraser Symmans, W., Gross, J., Cohen, JM. (2001)
Mamotome core biopsy for mammary microcalcification: Analysis of 160 biopsies from 142 women with surgical and radiologic followup. *Cancer*, 91, 173-177.
- Ceballos-García, G., y Giraldo-Mora. C. (2011). Autobarreras de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. *Aquichan*, 11(2), 140-157.
- Cuevas, S.A.R., y García, M.C. (2006). Epidemiología del cáncer de mama. *Ginecología y obstetricia de México*, 74(11), 585-593.
- Díaz-Loving, R., Alfaro, B.A. (1999). Predictores del uso de condón en adolescentes con base en el modelo de acción razonada. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 15, 179-188.
- Draucker, C.B., Martsof, D.S., Ross, R., y Rusk, T.B. (2007). Theoretical sampling and category development in grounded theory. *Qualitative Research*, 17, 1137–1148.

- Durá, E., Galdón, M.I., y Andreu, Y. (1993). Un estudio exploratorio sobre la influencia de las creencias de la salud en la práctica de la autoexploración de la mama. *Análisis y modificaciones de conducta*, 19, 385-404.
- Galdón, M., Durá, E., Andreu, Y., y Tuells, J. (2000). Creencias de salud relacionadas con la participación en un programa de cribado mamográfico. *Psicología Conductual*, 8(2), 357-373
- García, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and addictions*, 12(2), 133-151
- Gifford, S. M., (1986). The meaning of lumps: a case study of the ambiguities of risk. *Anthropology and Epidemiology*, 9, 213–246
- Glanz, K., Rimer, B. K., y Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA, Estados Unidos: Jossey-Bass Publishers
- Globocan, (2008). Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base, 10, International Agency for Research on Cancer, 2010. Recuperado en diciembre 2013. Disponible en <http://globocan.iarc.fr/>
- Gross, C., Filardo, G., Singh, H., Freedman, A., y Farrell, M.(2006). The Relation Between Projected Breast Cancer Risk, Perceived Cancer Risk, and Mammography Use Results from the National Health Interview Survey. *Journal of General Internal Medicine*, 21(2), 158-164. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.00312.x
- Gutiérrez, J.P., Rivera, D. J., Shamah, L. T., Villalpando, H. S., Franco, A., Cuevas, N. L., Hernández, A. M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud*

y *Nutrición 2012*. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Ham, O.K. (2006). Factors Affecting Mammography Behavior and Intention Among Korean Women. *Oncology nursing forum* 33 (1).

Hochbaum, G.M., Sorenson, J.R., Lorig, K. (1992). Theory in health education practice. *Health Education Journal*, 19, 295-313.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], (2012). “Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama” Recuperado en diciembre del 2013. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/mama0.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2007 Instituto Nacional de Salud Pública. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, 2007. Cuernavaca: INSP/SSA, 2008

Isara, A.R., y Ojedokun, C. (2011). Knowledge of breast cancer and practice of breast self examination among female senior secondary school students in Abuja, Nigeria. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 52,186–190.

Izquierdo, M. (2002). Intoxicación alcohólica aguda. *Adicciones*, 14(1), 175-193

Janz, N., y Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.

Jones, S., Magee, Ch., Barrie, L., Iverson, D., Gregory, P., Hanks, E. Zorbas, H. (2011). Australian Women’s Perceptions of Breast Cancer

Risk Factors and the Risk of Developing Breast Cancer. *Women's Health Issues* 21(5). 353-360

Kirscht, J.P. (1988). The health belief model and predictions of health actions. En DS Gochman (Ed.). Health behavior: emerging research perspectives. New York: *Plenum Publishing Corporation*. 27-41

Kulik, J., y Mahler, H. (1987). Health status, perception of risk and prevention interest for health and non-health problems. *Health psychology*, 6, 15-27

Lazcano, E., Escudero, P., Uscanga, S. (2014). Cáncer de mama diagnóstico, tratamiento, prevención y control. México. SPM Ediciones ciencia.

Lee, C. (1989^a). Perceptions of community to disease in adult smokers. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 267-277

Lee, C. (1989^b). Theoretical weaknesses lead to practical problems: the example of self-efficacy theory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 115-123.

Lostao, L., Joiner, T., Pettit, J., Chorot, P., y Sandin, B. (2001). Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance. *European journal of public health* 1(3). 274-279

Luengo, S., y Polo, M. (2005). Diferencias en los factores relacionados con el uso de la mamografía en las mujeres españolas en los años 1994 y 2000. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 531-540

Maiman, L.A., y Becker, M.H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 336-353

Milne, S.E. y Orbell, S. (2000). Can protection motivation theory predict breast self-examination? A longitudinal test exploring the role of previous behaviour. En P. Norman, C. Abraham y M. Conner (Eds.): *Understanding and changing health behavior: From health beliefs to self-regulation*, 51-72. Amsterdam: Harwood.

Nahcivan, N., y Secginli, S. (2007). Health beliefs related to breast self-examination in a sample of turkish women. *Oncology nursing forum*, 34, 2. DOI: 10.1188/07.ONF.425-432

Noreen, C. (2002). A Measure of the Likelihood of Patient Delay in Breast Cancer. *Research and Theory for Nursing Practice*, 16. 103-118

Observatorio de la Salud (Instituto Carso de la Salud y Fundación Mexicana para la Salud) e Instituto Nacional de Salud Pública. Reunión de Intercambio de Experiencias de la investigación en Cáncer de Mama en México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, (2008). Recuperado en diciembre del 2013. Disponible en: www.funsalud.org.mx/competitividad/principal.html

Ortíz, L., Arizmendi, L., y Cornelius, L., (2004). Access to health care among latinos of mexican descent in colonias in two Texas counties. *The journal of Rural Health*, 20, 3. 246-252.

Páez-Esteban, A., Urrea-Vega, E., y Contreras-Barrios, M. (2010). Conocimiento y frecuencia de los factores de riesgo para cáncer de mama en las estudiantes del área de la salud, *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12 (2): 25-36

- Palma- Alves, K.A., y Nantua-Evangelista, M.D.S. (2012). Percepción de riesgo de infección por VIH entre adolescentes embarazadas en el Distrito Federal de Brasil. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 51-64
- Pasick, R.J., y Burke, N.J. (2008). A critical review of theory in breast cancer screening promotion across cultures. *Annual Review of Public Health*, 29, 351-368
- Pastor, G. (2000). Conducta interpersonal: ensayo de psicología social sistemática. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Patton, M. (2001). Qualitative research & evaluation methods. Thousand Oaks: Sage Publications. 688
- Pearlman, D.N., Clark, M.A., Rakowski, W., y Ehrich, B. (1999). Screening for breast and cervical cancers: The importance of knowledge and perceived cancer survivability. *Women & Health*, 28(4) 93-112
- Peralta, C.E., y Rodríguez, M.L. (2007). Relación del uso de condón con factores disposicionales y mediacionales. *Psicología de la Salud*, 17, 179-189
- Pérez, J., y Pérez S. (2011). Creencias de un grupo de mujeres sobre la detección de cáncer de mama por mastografía (tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Piña, J. (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de Psicología*, 20, 23-32
- Poblano, V. O., Figueroa, J.G., y López, C. L. (2004). Institutional factors

contributing to the utilization of breast clinical examination. *Salud Pública de México*, 46(4), 294-305.

Portell, M., Riba, M.D., y Bayés, R. (1997). La definición de riesgo: implicaciones para su reducción. *Revista de Psicología de la Salud*, 9 (1), 3-27

Rimer, B., Halabi, S., Skinner, C., Lipkus, I., Strigo, T., Kaplan, E., y Samsa, G. (2002). Effects of a mammography decisión-making intervention at 12 and 24 months. *American Journal of preventive medicine*, 22(4), 247-257

Robles, S., Moreno, D. (2000). Evaluación de prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios . *La Psicología Social en México*, 8, 748-755

Rodríguez-Cuevas, S., Capurso-García, M. (2006). Epidemiología del cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia de México*, 74, 585-93.

Rodríguez- Cuevas, S., Macías, C., y Labastida, S. (2000). Cáncer de mama en México: ¿enfermedad de mujeres jóvenes?. *Ginecología y Obstetricia de México*, 68(5), 185-190.

Rosenberg, R., y Levy-Schwartz, R. (2003). Breast cancer in women younger than 40 years. *International Journal of Fertility Women's Medicine*, 48, 200-205

Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health educations monographs*, 2, 328-335

Rubinstein, J.L. (1967). Principios de psicología general. La Habana : Editora revolucionaria. 271-284.

Saldivar, A., Cedillo, D.E. (2006). Creencias sobre el uso de condón con la pareja regular . La Psicología Social de México, México: *Asociación Mexicana de Psicología Social*, 11, 227-233

Saldivar- Garduño, A., y Correa-Romero, F. (2013). Autorregulación, percepción de riesgo y autoexploración de los senos para detección temprana del cáncer de mama: estudio exploratorio-descriptivo. *Persona*, 16, 127-138.

Sánchez-Vallejo, F., Rubio, J., Pérez, D., y Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. *Boletín de psicología*, 58, 7-17

Secretaría de Salud. Programa de Acción: Cáncer de Mama. México: SS, 2002.

Secretaría de Salud Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama. 9 de junio del 2011.

Sohl, S., y Moyer, A. (2007). Tailored interventions to promote mammography screening: A meta-analytic review. *Preventive Medicine*, 45, 252-261

Stem, P.C., Fineberg, H. V., National Research Council (US). Committee on Risk Characterization. (1996) Understanding risk: informing decisions in a democratic society.

Takakura, M., Wake, N., Kobayashi, M. (2007). Relationship of condom use with other risk behaviors among selected Japanese adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 40, 71-76

Uribe, J.I., Amador, G., Zacarías, X., y Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso de condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 481-494

- Urquidi, L.E., Piña, J.A. (2005). Efectos de los conocimientos, creencias y motivos sobre el uso de condón en hombres. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10, 369-380
- Valencia, C., Londoño, C., Amézquita, M., Cortés, J., Guerra, M., Hurtado, A. y Ordoñez, J. (2009). Diseño del cuestionario de creencias referidas al consumo de alcohol para jóvenes universitarios. *Diversitas*, 5 (2), 337-347.
- Van der Pligt, R. (1998). Perceived risk and vulnerability as predictors of precantionary behavior. *British Journal of Health Psychology*, 3, 1-14
- Van Ravesteyn, N.T., Heijnsdijk, E.A.M., y de Koning, H.J. (2011). Prediction of higher mortality reduction for the UK breast screening frequency trial: a model-based approach on screening intervals. *British Journal of cancer*, 105, 7, 1082-1088
- Weinstein, N.D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health psychology*, 12, 324-333
- Winfield, E.B., Whaley, A. (2002). Comprehensive test of the health belief model in the prediction of condom use among African-American collage students. *Journal of Black Psychology*, 28, 330-346
- Yan, Y. (2006). Sexual Responses and Behaviors of University Students in Hong Kong. *International Journal of Adolescence and Youth*, 13, 2164-4527

- Yarbrough, S., y Braden, C. (2001). Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 677-688
- Yavan, T., Akyüz, A., Tosun, N., y Iyigün, E. (2010). Women's breast cancer risk perception and attitudes toward screening tests. *Journal of psychosocial oncology*, 28(2), 189-201.
- Youlten, D., Cramb, S., Dunn, N., Muller, J., Pyke, C., y Baade, P. (2012). The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer epidemiology*, 36, 237-248

ANEXOS

Anexo A. Tabla de variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Percepción de riesgo	Independiente	Percepción de padecer cáncer de mama en el futuro (susceptibilidad).	<p>- Que tanto riesgo crees tener de padecer cáncer de mama en el futuro 1=Ninguno 2=Poco 3=Medio 4=Alto o muy alto</p> <p>- Y comparado con una mujer con antecedentes familiares de cáncer de mama 1=Menor/ nulo 2=Igual 3=Mayor</p> <p>- Y comparado con una mujer de tu misma edad 1=Menor/ nulo 2=Igual 3=Mayor</p>	Ordinal
Intención de uso de la mastografía	Dependiente	Intención que tienen las participantes para realizarse una mastografía en el futuro	Respecto al uso de la mastografía, cuál es tu intención de realizártela en un futuro 1=Alta 2=Baja	Nominal
Severidad percibida	Control	Creencias sobre la gravedad del cáncer de mama	<p>-Cuántas mujeres crees que se salvan de morir de cáncer de mama 1= Ninguna 2=Algunas 3=Muchas 4=La mayoría 5= No sé</p> <p>-En general que tan curable crees que sea el cáncer de mama 1= Nada 2=Poco 3=Más o menos 4=Mucho 5=No sé</p> <p>-Qué tan grave crees que sea el cáncer de mama cuando se</p>	Ordinal

			<p>deja de atender</p> <p>1= Nada grave, puede ser ignorado pues se cura solo 2=Poco grave 3= Más o menos grave 4= Muy grave no debe ser ignorado y requiere atención 5=No sé</p> <p>-Qué tan grave sería para ti padecer cáncer de mama 1= Muy grave 2=Grave 3=Más o menos grave 4=Poco grave 5=Nada grave</p> <p>Índice de severidad 1=Alta 2=Baja</p>	
Autoeficacia	Control	Capacidades para desempeñar las acciones preventivas necesarias que le permitan obtener los resultados deseados	<p>-Qué tan segura te sientes de poder hacerte una mastografía en el futuro? A pesar de no tener síntomas A pesar de que el estudio puede ser molesto A pesar de que te pueda dar pena 1= Mucho 2=Más o menos 3=Poco 4=Nada 5= No sé</p> <p>Índice de autoeficacia 1= Alta 2= Baja</p>	Ordinal
Barreras percibidas	Control	Aspectos negativos que impiden llevar a cabo una conducta de salud determinada.	<p>-Consideras que es una pérdida de tiempo realizarse el estudio</p> <p>- La mastografía solo es necesaria cuando hay síntomas</p> <p>-Solo es necesaria cuando hay antecedentes familiares de CaMa</p> <p>1=Mucho 2=Más o menos 3= Poco 4=No 5=No se</p> <p>-Me daría miedo hacerme la mastografía</p> <p>-Hacerme la mastografía sería demasiado doloroso</p> <p>-El personal que realiza la mastografía es poco delicado</p>	Ordinal

			<p>1=Completamente de acuerdo 2=De acuerdo 3=Ni de acuerdo ni desacuerdo 4=En desacuerdo 5=Completamente en desacuerdo</p> <p>Índice de barreras percibidas 1=Alta percepción 2=Baja percepción</p>	
Beneficios percibidos	Control	Percepción de aspectos positivos de una conducta o acción para la salud.	<p>-La mastografía detecta tumores pequeños</p> <p>-Hay otros métodos mejores para detectar</p> <p>-La mastografía es útil aún sin síntomas</p> <p>-La mastografía es la mejor forma de detectar el CaMa a tiempo</p> <p>-La mastografía permite confirmar que todo está bien</p> <p>-Detecta tumores que no se pueden sentir en la exploración física</p> <p>-Permite curar el cáncer de mama más fácil, pues lo detecta a tiempo</p> <p>1= Mucho 2=Más o menos 3=Poco 4=No 5=No sé</p> <p>Índice de beneficios percibidos 1=Alta percepción 2= Baja percepción</p>	Ordinal
Conocimiento	Control	Nivel de conocimiento que consideran las participantes tener sobre el cáncer de mama y la mastografía, así como de sus factores	<p>-Consideras que tienes conocimiento sobre el cáncer de mama</p> <p>-Consideras que tienes conocimiento sobre la mastografía</p> <p>1=Si 2= No</p> <p>-Qué tan importante crees que sean los siguientes factores</p>	Ordinal

		de riesgo e importancia de los mismos.	de riesgo para el cáncer de mama Antecedentes familiares Tabaquismo Uso de anticonceptivos en la menopausia Obesidad Consumo de bebidas alcohólicas Nuliparidad Edad en la que se tiene el primer hijo Edad de la primera menstruación 1= Muy importante 2= Importante 3= Más o menos importante 4= Poco importante 5=Nada importante	
Antecedentes familiares de cáncer de mama	Control	Referencia personal de tener algún familiar con cáncer de mama	Alguien de tu familia ha padecido cáncer de mama? Madre Abuela Hermana Otro familiar Amistad 1=Si 2=No 3=No sé	Nominal
Estado de salud	Control	Percepción de la condición de salud física personal.	-Como consideras tu actual estado de salud? 1= Excelente 2=Bueno 3= Regular 4=Malo 5=Muy malo	Ordinal
Autoexploración	Control	Autoexamen regular de senos	-Te exploras los senos 1= Si 2=Ocasionalmente 3=No	
Exploración clínica	Control	Revisión de senos por personal de salud	-Acudes a exploración de senos por ginecólogo o personal de la salud? 1=Una vez al mes 2=Cada seis meses 3=Una vez al año 4=Nunca	Nominal
Antecedente de afecciones mamarias	Control	Antecedente personal de alguna enfermedad mamaria	Ha presentado con anterioridad alguna enfermedad o afección en los senos 1=Si 2=No 3=No sé	Nominal
Fuentes de información	Control	Forma mediante la cual se ha recibido información en relación con el cáncer de mama	-De un año para acá... recuerdas haber oído la recomendación de hacerse la mastografía e información sobre el cáncer de mama En la Televisión En la Radio	Nominal

			En una clínica u hospital Pláticas	
Acciones preventivas familiares	Control	Acciones de prevención realizadas por la madre	-Su madre se ha realizado alguna vez la mastografía 1=Si 2=No	Nominal
Área del conocimiento	Control	Referencia del área del conocimiento a la que pertenece la facultad en la que se encuentra estudiando la participante.	1.- Ciencias de la salud (Medicina, Enfermería, Odontología, Psicología, Salud Pública y Nutrición) 2.- Otras áreas (Arquitectura, Ingeniería, Fisicomatemáticas, Artes, Agronomía, Derecho y criminología)	Nominal
Edad	Control	Edad que tiene la participante.	Años cumplidos a la fecha de la aplicación del cuestionario	Discreta
Perfil sociodemográfico		Características demográficas de la población de estudio	Estado civil Municipio de residencia actual Cuenta con servicio médico	Nominal

Anexo B. Instrumento de recolección de datos.



Cuestionario de percepción de riesgo y conocimiento de cáncer de mama.



El presente cuestionario forma parte del proyecto de investigación titulado **Análisis de la percepción de riesgo para cáncer de mama y su relación con la intención de uso de la mastografía en jóvenes universitarias**, por lo que solicitamos su participación contestando las preguntas que a continuación se le harán.

La información obtenida es de carácter confidencial y privada, apegándose a lo establecido en la ley general de salud en materia de investigación, ya que los resultados obtenidos serán utilizados sólo para la investigación. No es necesario que escribas tu nombre.

I. Lee cada pregunta y responde lo que se pide, en aquellas preguntas de opción múltiple, sólo selecciona UNA RESPUESTA.

1.- **Edad:** _____ años

Folio: _____

2.- **Facultad en la que estudias** _____

3.- **Semestre que cursas** _____

4. Estado civil

1. Casada o unión libre
2. Soltera
3. Viuda
4. Separada o divorciada

5.- Tienes hijos

1. Si _____ 2. No _____

6. ¿Cuántos? _____

7.- ¿Trabajas actualmente?

1. Si _____ 2. No _____

8.- Municipio de residencia habitual (último año)

- | | | | |
|--------------|----------------|-------------------|---------------|
| 1. Monterrey | 3. San Nicolás | 5. San Pedro | 7. Apodaca |
| 2. Guadalupe | 4. Escobedo | 6. Santa Catarina | 8. Otro _____ |

9.- Cuentas con seguro médico

- | | | |
|----------------------------|-------|-------|
| e1. IMSS | 1. Sí | 2. No |
| e2. ISSSTE | 1. Sí | 2. No |
| e3. Servicios Médicos UANL | 1. Sí | 2. No |
| e4. Seguro popular | 1. Sí | 2. No |
| e5. Otro _____ | | |

10.- ¿Cómo consideras tu actual estado de salud?

1. Excelente 2. Bueno 3. Regular 4. Malo 5. Muy malo

11.- ¿Has presentado problemas en los senos?

1. Si 2. No

12.- ¿Te has realizado alguna ecografía mamaria?

1. Si 2. No

13.- ¿Consumes bebidas alcohólicas? 1. Si 2. No

Frecuencia _____ Cantidad _____

14.- Fumas

1.Si 2. No

Frecuencia _____ Cantidad _____

15.- Actualmente utilizas píldoras anticonceptivas

1. Si 2. No

16.- Peso actual en kg. _____

17.- Talla actual. _____

18.- Edad de la primera menstruación _____

19.- ¿Qué tan segura te sientes de poder hacerte una mastografía en el futuro?

	1. Mucho	2. Más o menos	3. Poco	4. Nada	5. No sé
A pesar de no tener síntomas					
A pesar de que el estudio puede ser molesto					
A pesar de que te pueda dar pena					

20.- Te exploras los senos

1. Si 2. Ocasionalmente 3. No

21.- ¿Cada cuánto tiempo? _____

22.- ¿En qué momento del periodo menstrual?

1. Antes 2.Durante 3.Después

23.- Acudes a exploración de senos por ginecólogo o personal de la salud

1. Una vez al mes 2. Cada seis meses 3. Una vez al año 4. Nunca

24.- ¿Qué opinas de la mastografía?

	1. Mucho	2. Más o menos	3. Poco	4. No	5. No sé
Que es capaz de detectar tumores pequeños					
Que es una pérdida de tiempo					
Que hay otros métodos mejores. ¿Cuál? _____					
Que es útil, aún sin síntomas					
Que solo es necesaria cuando alguien en la familia ha padecido cáncer de mama					
Que es la mejor manera de detectar a tiempo el cáncer de mama					
Que permite a confirmar que todo está bien					
Que solo es necesaria cuando hay síntomas					
Que detecta tumores que no se pueden sentir en un examen médico					
Que permite curar el cáncer más fácil porque se detecta a tiempo					
Te daría miedo averiguar tener cáncer mediante la mastografía					

	1. Completamente de acuerdo	2. De acuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. En desacuerdo	5. Completamente en desacuerdo
Creo que me daría miedo hacerme una mastografía en el futuro					
Hacerme una mastografía en el futuro sería demasiado doloroso					
Pienso que el personal que hace las mastografías es poco delicado con las mujeres					

25.- En general, cuántas mujeres se salvan de morir de cáncer de mama

1. Ninguna 2. Algunas 3. Muchas 4. La mayoría (todas) 5. No sé

26.- En general, qué tan curable crees que es el cáncer de mama

1. Nada 2. Poco 3. Más o menos 4. Mucho 5. No sé

27.- Ahora, que tan grave crees que es el cáncer de seno cuando se deja de atender

1. Nada grave, puede ser ignorado pues se cura solo 4. Muy grave, no debe ser ignorado y requiere atención
2. Poco grave
3. Más o menos grave 5. No sé

28.- ¿Qué tan grave sería para ti padecer cáncer de mama?

1. Muy grave 2. Grave 3. Más o menos grave 4. Poco grave 5. Nada grave

29.- Qué tanto riesgo crees tener de padecer algún día cáncer de mama

1. Ninguno 2. Poco 3. Medio (Más o menos) 4. Alto o muy alto 5. No sé

30.- ... y comparado con una mujer que tiene antecedentes de cáncer de mama en la familia (mamá, hermana)

1. Menor/nulo 2. Igual (yo tengo familiares con cáncer de mama) 3. Mayor

31.- ... y comparado con otra mujer de tu misma edad?

1. Menor/nulo 2. Igual (yo tengo familiares con cáncer de mama) 3. Mayor

32.- Del 1 al 10, donde el 1 es lo más bajo y el 10 lo más alto, que tanto riesgo crees de tener cáncer algún día? _____

33.- Estoy asustada con la idea de cáncer de mama

- 1.- Completamente de acuerdo 4.- En desacuerdo
2.-De acuerdo 5.- Completamente en desacuerdo
3.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo

34.- Si yo no tengo conductas preventivas y de cuidado, mis posibilidades de padecer cáncer de mama en algún momento de mi vida son

- 1.- Muy altas 2.-Altas 3.- Regulares 4.- Bajas 5.- Muy bajas

35.- Para mi tener cáncer de mama significaría (elija el principal)

- 1.- Muerte 3. Gasto económico 5.- Depresión 7.- Miedo
2.- Dolor 4. Preocupación 6.- Tristeza 8.- Otra, ¿Cuál? _____

36.- Hay otros problemas más importantes que hacerme una mastografía en el futuro

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 1.- Completamente de acuerdo | 4.- En desacuerdo |
| 2.- De acuerdo | 5.- Completamente en desacuerdo |
| 3.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo | |

37.- ¿Qué tan preocupada te sientes con la probabilidad de padecer cáncer de mama en el futuro?

- | | | |
|-------------------|---------------|--------------------|
| 1. Muy preocupada | 2. Preocupada | 3. Nada preocupada |
|-------------------|---------------|--------------------|

38.- Respecto al uso de la mastografía cuál es tu intención de realizártela en un futuro

- | | | | | |
|--------------|----------|-----------|----------|--------------|
| 1.- Muy alto | 2.- Alto | 3.- Medio | 4.- Bajo | 5.- Muy bajo |
|--------------|----------|-----------|----------|--------------|

39.- Te realizarías una mastografía en el futuro

- | | |
|---------------------------|---|
| 1.- Si me la haría | 4.- no me la haría |
| 2.- tal vez me la haría | 5.- nunca me la haría |
| 3.- pensaría en hacérmela | 6.- sólo en caso necesario (en sospecha de presentar la enfermedad) |

40.- ¿Consideras que tienes conocimiento sobre el Cáncer de Mama?

- | | |
|--------|--------|
| 1.- Si | 2.- No |
|--------|--------|

41.- ¿Consideras que tienes conocimiento sobre la mastografía?

- | | |
|--------|--------|
| 1.- Si | 2.- No |
|--------|--------|

42.- La frecuencia con la que se debe realizar la mastografía en mujeres mayores de 40 años debe ser:

- | | | | |
|-------------|-------------------|--------------------|-------------|
| 1.-Cada año | 2.- Cada dos años | 3.- Ocasionalmente | 4.- Ninguna |
|-------------|-------------------|--------------------|-------------|

43.- Creo que en el futuro no sabría que se tiene que hacer para que me hagan una mastografía

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 1.- Completamente de acuerdo | 4.- En desacuerdo |
| 2.- De acuerdo | 5.- Completamente en desacuerdo |
| 3.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo | |

44.- ¿Sabes qué lugar ocupa el cáncer de mama como razón de muerte por cáncer en las mujeres de 15-54 años de edad en México?

- | | | | |
|-------------|------------|------------|-----------|
| 1.- Primero | 2.- Quinto | 3.- Décimo | 4.- No sé |
|-------------|------------|------------|-----------|

45.- ¿Cuál es la razón principal para que pienses sobre la posibilidad de tener cáncer de mama? (elige sólo una)

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1.- Antecedentes familiares | 4.- Uso de anticonceptivos |
| 2.- Obesidad | 5.- Edad |
| 3.- Tabaquismo | 6.- No tengo ninguna razón |

46.- De los siguientes métodos de detección cual crees que es el mejor método

- | | | | |
|---------------------|---------------|--|-----------------|
| 1.- Autoexploración | 2.- Ecografía | 3.- Exploración por personal de la salud | 4.- Mastografía |
|---------------------|---------------|--|-----------------|

47.- De los siguientes métodos de detección cual te realizarías ahora

- | | | | |
|---------------------|---------------|--|-----------------|
| 1.- Autoexploración | 2.- Ecografía | 3.- Exploración por personal de la salud | 4.- Mastografía |
|---------------------|---------------|--|-----------------|

48.- ¿Cómo se puede prevenir el cáncer de mama?

- | | |
|--|--------------------------|
| 1.- Realizando mastografía y examen de autoexploración | 4.- Haciendo ejercicio |
| 2.- Llevando una vida saludable | 5.- Todas las anteriores |
| 3.- Acudiendo a revisión médica | 6.- Ninguna |

49.- ¿A qué edad consideras que debe comenzar la práctica del autoexamen?

- 1.- 9 a 16 años 2.- 17 a 34 años 3.- A partir de los 20 años 4.- Siempre

50.- ¿En qué momento del ciclo menstrual consideras que debe realizarse el autoexamen?

1. Antes del período menstrual 3. Terminando el periodo menstrual
2. En la mitad del ciclo menstrual 4. En cualquier momento del ciclo menstrual
5. No sé

51.- ¿De dónde adquiriste información sobre el auto examen mamario?

1. Profesional Médico 2. Familiares 3. Amigos 4. Medios de comunicación 5. Otro, ¿cuál?

52.- Enumera del 1 al 5 los siguientes factores de riesgo del cáncer de mama según consideres su importancia

- | | |
|---|--|
| _____ Antecedentes familiares de cáncer de mama | _____ Consumo de bebidas alcohólicas |
| _____ Tabaquismo | _____ Número de hijos (No tener hijos) |
| _____ Uso de anticonceptivos | _____ Edad de la primera menstruación |
| _____ Obesidad | |

53.- De 1 año para acá.... Recuerdas haber oído la recomendación de hacerse el estudio de mastografía

- | | | | |
|--|-------|-------|-------------------|
| ... en la TV (noticias, programa, anuncio) | 1. Sí | 2. No | 3. No te acuerdas |
| ... en el radio (noticias, anuncio) | 1. Sí | 2. No | 3. No te acuerdas |
| ... en una clínica u hospital | 1. Sí | 2. No | 3. No te acuerdas |
| ... en pláticas | 1. Sí | 2. No | 3. No te acuerdas |

54.- Si la respuesta es afirmativa a alguna fuente de información: En tus propias palabras, qué recuerdas del mensaje? _____

55.- ¿Cómo valorarías la información recibida? 1. Muy útil 2. Bastante útil 3. Poco útil 4. Nada útil

56.- Alguien en su familia ha padecido cáncer de mama?

- Mamá 1. Sí 2. No 3. No sabe
Abuela 1. Sí 2. No 3. No sabe
Hermana 1. Sí 2. No 3. No sabe 4. No tengo hermanas
Otro familiar _____

57.- Alguna amistad cercana ha padecido cáncer de mama 1. Sí 2. No 3. No sé

58.- Su mamá se ha hecho (se hizo) alguna vez una mastografía 1. Sí 2. No 3. No sé

59.- Alguna hermana se ha hecho una mastografía 1. Sí 2. No 3. No sé
4. No tiene hermanas/son <40 años

Anexo C. Carta de consentimiento informado

Título del proyecto: análisis de la percepción de riesgo para cáncer de mama y su relación con la intención de uso de la mastografía en jóvenes universitarias

Introducción y Propósito

Entiendo que se me ha solicitado participar en un estudio de investigación titulado: análisis de la percepción de riesgo para cáncer de mama y su relación con la intención de uso de la mastografía en jóvenes universitarias.

Se me ha explicado que el propósito del estudio es determinar la percepción de riesgo y su relación con el uso de la mastografía. Por lo tanto se está solicitando mi participación voluntaria, pidiendo que conteste un cuestionario que incluye algunas preguntas de opinión, conocimiento y antecedentes familiares, así como mi edad y facultad en la que estudio.

Riesgos

Me han informado que no hay procedimientos riesgosos que pongan en peligro mi integridad, ya que el estudio consta solo de llenar el cuestionario que me piden.

Beneficios

Estoy consciente de que si acepto participar en el estudio, no obtendré ninguna clase de pago monetario o en especie, aunque los datos que se generen del presente proyecto podrán ser utilizados para alguna intervención en el futuro para la prevención del cáncer de mama.

Participación Voluntaria/Abandono

Si al momento de contestar el cuestionario no estoy de acuerdo con lo que se pregunta, tengo la libertad de retirarme si lo considero pertinente, sin que esto ocasione molestia alguna.

Preguntas

En caso de que tenga dudas, comentarios o quejas relacionadas con el estudio podré comunicarme con la Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha al teléfono 8116352981.

Confidencialidad

De la misma forma me han explicado que se garantiza que los datos serán confidenciales y que la información obtenida sobre mi persona, será utilizada con fines educativos.

Conociendo todo esto, estoy de acuerdo en participar y doy mi consentimiento para ello.

Lugar y fecha_____

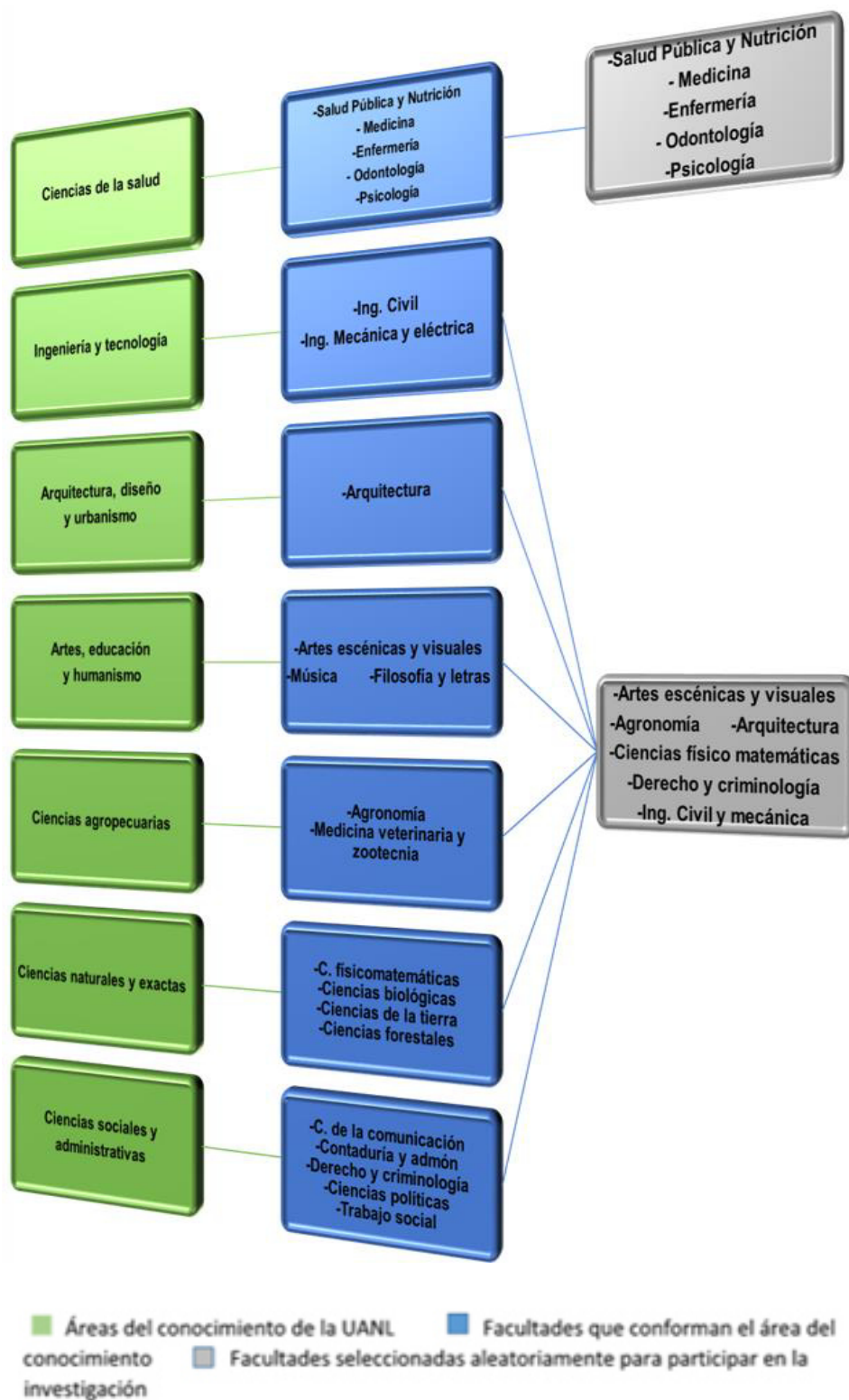
Firma del participante

Firma del investigador

Firma del testigo

Firma del testigo

Anexo D. Diagrama de facultades seleccionadas



RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

L.E. Karla Cristina Magallan del Angel

Candidata para el grado de

Maestra en Ciencias en Salud Pública

Tesis: Análisis de la percepción de riesgo para cáncer de mama y su relación con la intención de uso de la mastografía en jóvenes universitarias

Nacida en la ciudad de Saltillo, Coahuila el 30 de abril de 1989, la mayor de dos hijas de la familia Magallan del Angel.

Egresada de la Escuela de Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Autónoma de Coahuila, colaboradora en trabajos de investigación, nacionales e internacionales pertenecientes al cuerpo académico de atención a grupos vulnerables y al adulto mayor de dicha escuela. Además de la participación como ponente en diversos congresos, en el verano de la ciencia, y en estancias de investigación y académicas.